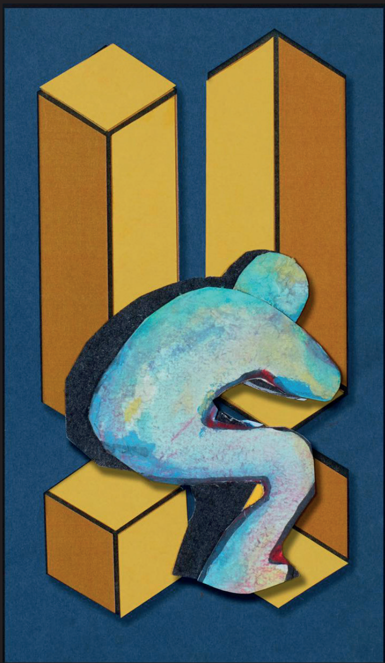
Antropologia Mèdica



APÚNTAME A LA SALA

Etnografía de los usuarios de las salas de consumo higiénico

Rafael Clua García

[publicacions] urv

MARC
MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

APÚNTAME A LA SALA

Etnografía de los usuarios de las salas de consumo higiénico

Rafael Clua García

[publicacions] urv

Tarragona, 2023

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

Colección Antropologia Mèdica, 40
1.ª edición: octubre de 2023
ISBN (papel): 978-84-1365-099-9
ISBN (PDF): 978-84-1365-100-2

DOI: 10.17345/978841365
Depósito legal: T 932-2023

Ilustración de cubierta: Ángel Guitián

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropologia Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

PRÓLOGO
DE LA PROFESIÓN A LA ACADEMIA Y VICEVERSA

Oriol Romaní
Universitat Rovira i Virgili, Medical Anthropology Research Center

Rafa Clua, el autor de este libro, me pidió que lo prologara, cosa que procedo a hacer muy gustosamente, no solo porque ya estuve presidiendo el tribunal que le dio su reconocimiento académico como doctor en la presentación pública de su tesis de doctorado, cuya investigación es la base de este libro, tampoco porque este libro sea de un interés indiscutible; sino, también, porque se trata de un caso de aquellos que me parece interesante poner de relieve. Me refiero a la íntima relación que en la carrera de Rafa podemos encontrar entre una profesión como la de enfermero —que desempeña, además, en espacios especialmente conflictivos, como son las instituciones penitenciarias— y una actividad académica, la maestría y el doctorado de antropología social, que desarrolló en la UAB bajo el magisterio de Aurelio Díaz. Por cierto, cabe destacar la figura de Díaz, maestro donde los hubo, aunque actualmente ya está jubilado del todo (… no a medias, ¡como otros!) y me temo que, por lo menos en parte, gracias al *new public management* con que el neoliberalismo imperante está intentando despojar a las universidades públicas (porque se supone que en las privadas *ça va de soi*…) de su creatividad y capacidad crítica al mismo tiempo que las rellena de tecnoburocracia.

Desde el principio de esta investigación que ahora presentamos, está presente esta doble e inseparable condición del autor que, para poder desarrollar de la mejor manera su profesión de enfermero en un contexto en el que los problemas relacionados con las drogas representaban (y aún representan) uno de sus aspectos quizá más complejos de abordar, se lanza a conquistar unos conceptos y unas metodologías que le sean útiles para ello. Y lo hace a través de una investigación que no realizará en su pro-

pio medio de trabajo, cosa que hubiera sido posible, sino analizando uno de los dispositivos característicos de las políticas de reducción de daños, como son las salas de consumo higiénico (SCH). Cosa que, además de procurarle un sano distanciamiento entre su contexto cotidiano de trabajo y su objeto de análisis, le permite adentrarse en el nudo de contradicciones y ambivalencias que se manifiestan en la existencia de dichas SCH, como se irá viendo a lo largo del libro; y aquí es donde asoma su otra cara, la de investigador, la de teórico capaz de percibir y entender lo que la gente hace, lo que la gente dice y lo que la gente dice que hace como elementos básicos a partir de los cuales entender el mundo. De este modo, a través del análisis concreto de una situación concreta, va tejiendo un discurso comprensivo y crítico del mundo que, precisamente por estar pegado a las vidas vividas por los protagonistas que nos presenta en el libro (y por él mismo, aunque explícitamente aparezca muy poco), le permite luego, utilizando el acervo de las ciencias sociales con las que trabaja, ir más allá y aportar un poco más de conocimiento sobre las relaciones entre las personas y entre estas y su contexto de vida, sobre cómo se relacionan con aspectos tan importantes para la vida humana como el consumo de sustancias psicoactivas, la situación de dichas personas en las relaciones de género o dentro del conjunto de clases en que están organizadas las sociedades en las que vivimos…; elementos todos estos que, junto con otros, condicionan en gran manera no solo dichos consumos, sino su manera de vivir en general.

Volviendo a este entrelazamiento continuo entre academia y profesión, el hecho de ser capaz de analizar el tema que tiene entre manos —en este caso, los problemas existenciales de algunos humanos que giran, en gran parte, alrededor de determinadas formas de consumo de sustancias psicoactivas conocidas como *drogas*— precisamente a partir, podríamos decir, de esta circunvolución académica, del distanciamiento que supone la teoría, resulta a la postre lo más práctico que existe cuando queremos enfrentarnos a esos problemas para intentar resolverlos o, por lo menos, para encaminarlos hacia su posible resolución. Quiero decir que los informes periciales, que es a lo que más se parecen las exigencias que a veces se hacen desde ciertas instituciones para intentar resolver rápidamente determinados problemas definidos como *públicos*, pueden estar muy bien para los accidentes de tráfico más habituales, por ejemplo, pero no para la mayoría de estos problemas públicos que requieren profundidad, perspectiva y espíritu crítico, y suelen ir reñidos con la rapidez. Al mismo

tiempo, la capacidad de acertar en la resolución de dichos problemas y de ofrecer alternativas al sufrimiento social, a los conflictos existentes en torno a la explotación y la vulnerabilización de determinadas vidas —pues de eso va, en realidad, hacer algo que aspira a ser ciencia social— es también la prueba del algodón de nuestras teorías. Es decir, que lo más científico de nuestra actividad, aquello que al final pone a prueba nuestras grandes teorías, acaba siendo este *subproducto*; como muchas veces se ha considerado la ciencia aplicada desde ciertas torres de marfil (bueno, o de hojalata, tampoco nos pongamos estupendos teniendo en cuenta el lugar desde donde se decían estos discursos…). Y es que, en realidad, como ya he recordado en otros sitios, no se trata tanto de ciencia básica o ciencia aplicada, sino de saber articular los distintos aspectos y niveles de un *continuum* como es el de la actividad crítica que nos sirve para pensar y transformar el mundo.

Llegados aquí hay que decir que, aunque un acercamiento académico puede ayudarnos en esta labor de pensar y transformar el mundo, hay muchas otras cosas que también pueden hacerlo; y a veces mucho mejor. Y, a lo que iba, que no cualquier tipo de acercamiento académico es válido para ello, pero sí me parece que el autor del libro que tienen entre manos (o en su pantalla…) utiliza unas buenas vías, porque ya se ha demostrado en otros temas, contextos y momentos, y porque este mismo libro creo que contribuye a demostrarlo. Me refiero a la metodología etnográfica (como la que aquí se presenta) como eje básico de una investigación y a la antropología social y algunas de sus especialidades (véase la antropología médica en el caso que nos ocupa) como marco interpretativo que nos permite avanzar hipótesis y propuestas.

Esta metodología etnográfica como base queda clara ya desde el primer momento de la introducción, cuando el seguimiento de un caso concreto (con la riqueza de matices que se pueden apreciar cuando *toca* de cerca la vida de un personaje como Juanjo) le sirve para hacer una primera aproximación a las SCH y, luego, un rodeo para analizar los aspectos sociodemográficos y epidemiológicos de los usuarios con los que él trabajará, sin olvidar explicitar también los marcos explicativos a partir de los que va construyendo sus datos. Posteriormente, vuelve a una profunda y rigurosa etnografía de las SCH de Barcelona, objetivo central del trabajo.

La interpretación del consumo de drogas, que le servirá para situar a sus personajes dentro del dispositivo de las SCH, se basa en conceptos básicos de la antropología médica como la tríada *contextos-sujetos-sustan-*

cias, que permite interpretar de manera compleja dichos consumos; los *procesos de salud/enfermedad/atención*, para comprender la construcción individual y social de los padecimientos entre los usuarios de drogas estudiados y las salidas que buscan a su situación; el *estilo de vida*, que ya ha trabajado y profundizado en otras publicaciones (solo o en compañía de su colega Guillaume Dumont, aplicado precisamente al campo específico de los consumos de drogas) y que, en este caso, le sirve para analizar los diferentes tipos de usuarios que acuden a las SCH a partir de algunos parámetros principales como la intensidad de consumo, la aceptación del riesgo o la adherencia a estos dispositivos.

Como no podía ser de otra manera, dentro de este marco tienen un lugar destacado el análisis de las políticas de drogas, de las que analiza los desastrosos efectos de las políticas prohibicionistas, y la emergencia como alternativa, en un momento dado, de las políticas de reducción de daños, que se van concretando a lo largo del tiempo en los programas de intercambio de jeringuillas, de distribución de material higiénico y de sustitución de opioides, así como en las estrategias de prevención de sobredosis y las SCH; y demuestra conocer estos temas al dedillo por la afinada descripción de sus características y la valoración de sus pros y contras. Se trata de un conocimiento que se basa tanto en su experiencia directa en este tipo de programas como en el buen manejo de la bibliografía correspondiente, entre la que cabe destacar las evaluaciones de los programas en diferentes lugares del mundo, que él compara en sus contextos. Solo por esto habría que destacar la utilidad de este libro.

El recorrido histórico del despliegue de las políticas de reducción de daños en el marco del Estado español, y más específicamente en la ciudad de Barcelona, es otro elemento que enriquece el marco general del trabajo. Y es inevitable que, dentro de su perspectiva holística, se relacionen distintos elementos para acabar de entender el desarrollo de las políticas reales, las que se acaban encarnando en la calle y en los cuerpos de los afectados por ellas; elementos entre los que destacan las transformaciones urbanísticas ligadas a los grandes cambios de la ciudad, como fueron las Olimpiadas de 1992, o el Fórum Universal de las Culturas de 2004. En la gestión de los riesgos —y las políticas de reducción de daños podemos considerarlas como una de estas políticas de gestión—, el factor urbanístico siempre ha sido crucial…; si no, que se lo pregunten a los protagonistas de esta historia, que tan pronto se ven obligados a hacer ciertas prácticas íntimas como el consumo de drogas en espacios públicos (eso

sí, lo más marginales posibles, que no molesten a los *vecinos honrados*…) como instigados a hacerlo en pisos de lo más *dudosos*, esos pisos *ocupados* que juegan un determinado rol en el contexto de la política (y no solo urbanística) de la ciudad —aunque ellos, como se ve en el libro, hacen una valoración positiva de estos por su comodidad—; o bien en dispositivos como las SCH.

Como en todo texto, uno puede descubrir ciertas contradicciones, como ocurre aquí cuando, en la página 64, el autor dice: «Mi trayectoria como profesional e investigador en el campo de las drogas me ha dado la suficiente licencia para desarrollar el análisis sin la necesidad de vincular la perspectiva de los usuarios con la de los profesionales que participaron en la investigación». En este párrafo, puede parecer que rechaza la asunción explícita de una perspectiva relacional, que debe incluir a todas las personas que interactúan en los procesos que analiza, profesionales incluidos, aunque luego en la práctica esta está presente, como no puede ser de otra manera en una investigación de este rigor. De hecho, él mismo lo certifica al detallar el trabajo de campo, pues, por ejemplo, el lenguaje de los usuarios y usuarias, que recoge de forma precisa, también bebe de sus interacciones con los profesionales, entre otras cosas; y se nota. En realidad, parece que quizás no acaba de asumir, en su explicitación teórico- metodológica, la perspectiva autoetnográfica que, más allá de esa confesión del autor, está presente en muchos otros sitios de la investigación y la enriquece en gran manera. Con todo, esto no es tan grave, lo bueno es que ha utilizado sus conocimientos directos del terreno y su sensibilidad como instrumentos de su investigación.

Este gran conocimiento y sensibilidad le fueron tremendamente útiles para el planteamiento y realización de una parte de las metodologías utilizadas: la de las entrevistas en profundidad. Esta investigación creo que es un buen ejemplo del potencial de este tipo de entrevistas, sobre todo cuando se hacen en el contexto de un trabajo de campo que primero te familiariza con el terreno, que está repleto de contactos y conversaciones informales, de pequeñas (o, a veces, no tan pequeñas) pruebas de confianza y cuyo guion, aunque luego nunca se suele seguir al pie de la letra, hay que ir construyendo no solo a partir de los planteamientos del investigador, sino también de estas interacciones previas. A partir de ellas se aprende qué puede uno preguntar, así como cuándo puede hacerlo o cuándo es mejor callarse, pues en realidad se trata de una población muy bregada en esos asuntos, como nos dice el autor: «Los usuarios de las SCH viven sujetos a

un mundo de experiencias negativas (cárcel, enfermedades, acoso policial, etc.) que los conduce a un estado anímico de introversión y desconfianza. Están habituados a las entrevistas, desde un interrogatorio policial o un proceso judicial hasta una visita con la trabajadora social; son unos expertos en este tipo de actividad. En muchos casos, tienen la sensación de estar respondiendo constantemente a las mismas preguntas» (pág. 70 y 71). En muchas investigaciones, las entrevistas en profundidad se utilizan como un instrumento cualitativo casi único, cosa que tiene su validez si se es consciente de las limitaciones de tal uso, mientras que muestran toda su potencialidad cuando se emplean en el contexto de un trabajo de campo etnográfico para profundizar en algunos aspectos concretos, tal como se puede apreciar aquí.

Este trabajo nos hace visibles una parte de la vida de unas personas que normalmente permanecen invisibles para el conjunto de la sociedad o que solo aparecen asociadas a algún tipo de conflictividad. A través del análisis de la forma en que se han ido relacionando con las distintas sustancias, hasta que estas han pasado a formar parte de su vida cotidiana, y de cómo van emergiendo los distintos malestares que se convierten en el pan de cada día y se entrelazan con la intensificación de los consumos, hasta los distintos itinerarios terapéuticos, se nos van mostrando unas personas y unas historias en las que quedan muy claras las intrincadas relaciones entre problemas económicos y judiciales que se suman a los problemas de salud, familiares y sociales por ser pobre, mujer, migrante o lo que sea; básicamente: «Sin trabajo, sin ocio, sin familia, sin vivienda…», como recuerda uno de ellos. No se trata tanto de poner el foco en el *problema de la droga*, de una sustancia en sí, sino en el conjunto de factores que llevan a la vulnerabilización de determinadas personas.

Me parece muy interesante como se pone de relieve la dificultad que tienen los educadores, por ejemplo, en dirigir a la población estudiada en este libro hacia las SCH, ya que esa es una de sus funciones importantes. En la actualidad, tienen que competir con otros dos ámbitos que aparecen aquí con cierta fuerza. Por un lado, el consumo en la calle, que a pesar de todos sus peligros, es a la vez un ámbito de libertad, sin aparentes limitaciones ni paredes que te encierren, donde uno puede apoyarse en sus colegas…; por el otro, el consumo en una vivienda, cosa que permite más tranquilidad al preparar y consumir, ya que no hay otros usuarios que molesten ni las presiones normativas que existen en las SCH.

Con todo, en el balance final, se impone el pragmatismo y predominan opiniones positivas como esta: «Viniendo aquí, mejoras en salud, mejoras en dinero, y tranquilidad… Dinero, porque ya tienes ahí las *insulinas*, las *chutas* (jeringuillas), la goma, el agua; tienes para limpiarte, luego tienes tranquilidad que los Mossos no vienen y luego tienes con quien hablar un rato, mejora en eso. Estás protegido, la policía sabe que ahí se están drogando, pero no pueden entrar. Tienen un respeto al sitio» (pág. 156).

Aquí se toca un problema bastante sentido por muchos y muchas: la presencia de la policía en los alrededores de las SCH, que resulta ser un contrasentido con las finalidades de estas. Como plantea el autor, «la coordinación entre la policía y los responsables de las SCH es fundamental para evitar el acoso policial. Se precisa mayor colaboración con los cuerpos policiales para que estos actúen como agentes sociales que animen a los usuarios que consumen en la vía pública a hacerlo en las SCH. También es necesario establecer un perímetro libre de presión policial y sería recomendable que los consumidores dispusiesen de unos carnés específicos que acreditasen que son usuarios de las SCH y, así, puediesen identificarse como tales. A su vez, cabe una mayor formación de la policía» (pág. 161).

He querido recoger este párrafo, también, porque muestra la preocupación práctica del autor, hay que conocer para actuar. En este sentido es muy significativo que, mientras está haciendo una descripción etnográfica profunda en el capítulo cuarto, uno de sus apartados es, precisamente, «Las SCH a examen»; y no por casualidad. De esta inmersión en ellas sobresalen aspectos centrales que hay que trabajar para mejorarlas o que se deben tener en cuenta cuando nos planteemos instalarlas; por ejemplo, la ubicación —para que tengan sentido deben estar en barrios en los que se trafique y se consuma—, la intervención policial —a la que ya nos hemos referido—, la normativa —a veces demasiado rígida—, además de la interacción entre usuarios y profesionales, el diseño de los espacios de consumo o la cobertura horaria, esta última siempre es un tema de preocupación entre las personas que las utilizan.

En las conclusiones, como no podía ser de otra manera, el autor elabora una serie de propuestas dirigidas sobre todo a superar un modelo que, en la práctica, ha acabado siendo demasiado epidemiológico; propone desarrollar con más decisión aspectos sociales, legales y metodológi-

cos. Con esto último se refiere a un elemento que a la postre se ha demostrado siempre muy útil, aunque a veces sea difícil de manejar cuando se da de forma real y no amaestrada, que es la participación de la población afectada.

La lectura de este libro es indispensable para conocer el universo del consumo de drogas (bueno, en realidad, de determinadas drogas, sobre todo ilegales, pero que es lo que a fin de cuentas acabamos conociendo como el *mundo de la droga*) en la Barcelona contemporánea. Sin embargo, va bastante más allá, pues es también de gran utilidad para conocer una realidad de Barcelona que solo asoma muy de vez en cuando en las páginas de sucesos, pero que es mucho más profunda y permanente, ya que nos da a conocer el funcionamiento de unos sitios que son importantes para que muchos vecinas y vecinos de la ciudad encuentren por lo menos algo de apoyo para sobrellevar un poco mejor su difícil vida. Y a través de él podemos conocer también unos dispositivos que —esto no hay que olvidarlo— contribuyen a mejorar la salud pública de la ciudad: saber de su existencia, cómo funcionan y cómo se podrían mejorar creo que es un tema de interés no solo para los interesados en las drogas o en las políticas públicas, sino que también lo es para un público atento a las cosas que pasan en general.

INTRODUCCIÓN

Una mañana de invierno me reencuentro con Juanjo, usuario de drogas por vía parenteral, en la Mina, Sant Adrià de Besòs, uno de los mercados de drogas más concurridos del área metropolitana de Barcelona. Juanjo acaba de salir de prisión después de cinco años de condena por delitos contra la salud pública, debido a la reventa de Trankimazin; también carga con varios robos y hurtos. Pese a estar en libertad, sus problemas continúan: «Ahora tengo treinta y siete años, me he dejado la juventud drogándome y mi familia no quiere saber nada de mí». Antes de entrar en prisión, vivía a apenas a tres paradas de metro, en Badalona, pero ya no es el caso: «Desde que he salido, vivo en la calle y me muevo por aquí [la Mina]». Consume diariamente tres o cuatro dosis de heroína por vía parenteral y, cuando tiene más dinero, la consume mezclada con cocaína, una combinación también llamada *speedball*, «para no quedarme *pillado* con la *paranoia*», como suele explicar. En la recta final de su condena decidió salir en libertad «limpio» para no seguir «atado» al tratamiento de metadona. No obstante, actualmente, dice que las cosas no le están yendo bien. Duerme en un cajero automático con «dos compañeros» y no espera encontrar trabajo. El día 10 de cada mes cobra la paga por excarcelación, que apenas le dura unos días, así que, cuando no tiene dinero, busca otras maneras de conseguirlo: «Pido limosna en las máquinas automáticas del metro de Drassanes o hago alguna *travesura*». Cuando tiene el dinero suficiente, se cuela en la línea amarilla del metro para ir hasta Besòs Mar y comprar sus dosis en un bloque de la calle Venus del barrio de la Mina que le recomendó un «amigo». Esta es su rutina diaria y, disgustado, me cuenta: «No me gusta estar así otra vez, me veo otra vez preso y no sé qué voy a hacer».

Juanjo lucha por mantenerse vivo y toma medidas para protegerse de los daños del consumo de drogas. Cuando adquiere las dosis, consume en la sala de consumo higiénico (SCH) de El Local (un centro de atención a

personas consumidoras de la Mina), pero este dispositivo no está abierto las veinticuatro horas y, según Juanjo, no siempre es el lugar más cómodo para consumir. De hecho, este mediodía se queja en el comedor de El Local, después de consumir su segunda dosis del día: «Esto abre tarde… Yo antes de las 11 necesito quitarme *el mono* [síndrome de abstinencia], no puedo esperar a que abran; además, ahí dentro no se puede estar tranquilo con tanta gente dando por culo y haciendo cola para quitarte la tontería». Por eso, cada mañana consume en la zona de las vías del tren, situada a menos de doscientos metros. A veces ha tenido algún susto. Mientras tomamos algo en el comedor, me cuenta con detalle lo que le pasó hace unos días: «El otro día en las vías le dio una sobredosis a un colega, tardaron más de diez minutos en venir y tuve que darle dos cates para que reaccionara; y no había manera. Suerte que había otros por allí que pudieron avisar a los de El Local para que le pincharan el *contrarrestante* [naloxona]».

Unos meses más tarde, en pleno verano, me cruzo con Juanjo por el patio de acceso a El Local. Charlamos un momento y aprovecho para ponerme al día. Cuenta que sigue con su rutina diaria, pero que ha decidido a romper con su vida actual: desde que salió de prisión, ha dejado de tomarse la medicación antirretroviral para el VIH, no realiza sus controles para la hepatitis C, que seguía desde hace años, y ha perdido unos quince kilos. Explica que está buscando ayuda por parte de los profesionales: «He pedido hablar con los educadores de El Local, a ver si me solucionan algo». Dice que quiere ingresar en una comunidad terapéutica, pero la primera visita no la tiene hasta dentro de dos meses. Mientras, está buscando otra solución; por ejemplo, a través del centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS): «He ido al CAS y me dan visita para dentro de dos semanas… Es un rollo, si quiero dejarlo, para cuando tenga la visita, si paso el mono ya no la necesitaré, además, la metadona es una mierda…, te enganchas a la metadona para acabar enganchado a la *coca* [cocaína], necesito irme de aquí, irme a una comunidad [terapéutica]. Estoy por llamar a los de RETO [centro evangelista] que, aunque no me va su rollo de Dios, al menos podré dormir de caliente».

A finales de verano, tiene la primera visita para ingresar en la comunidad terapéutica. Es viernes, el educador de El Local lo tiene que acompañar, pero Juanjo no aparece. Durante unos días no sabemos nada de él. Lo vemos de nuevo el lunes por la mañana por El Local después de haber pasado un fin de semana en los calabozos a la espera de cargos. Para justificarse, Juanjo nos explica: «No he podido venir porque me cazaron los

Mossos [*d'Esquadra*] con cuatro bolas [de heroína] y me acusan de vender [delito contra la salud pública]. Me acusan de haber vendido una bola a un notas en el Raval… Venía de consumir de Baluard [SCH del barrio del Raval] y creo que se han chivado. Llevaba tres bolas separadas…, les he dicho que es para mi consumo y que quién me ha firmado no lo conozco… Ahora tengo que hablar con los abogados, espero que quede en nada».

Juanjo, y los otros más de tres mil usuarios diferentes registrados anualmente, visitan centros sociosanitarios como El Local de la Mina, donde disponen de SCH y otros programas de reducción de daños para mejorar su calidad de vida. Las SCH existen en Europa (Suiza, Países Bajos, Alemania, España, Dinamarca, etc.), en Canadá y Australia; en general, en ciudades donde se han generado graves problemas de salud pública a consecuencia del consumo de drogas por vía parenteral (Hedrich, Kerr y Dubois-Arber, 2010). Estos espacios se han integrado en centros sociosanitarios o unidades móviles para facilitar el acercamiento de los usuarios a los diferentes programas. En estos centros se promueven y realizan programas de intercambio de jeringuillas, talleres de prevención y atención de sobredosis y otras intervenciones; sus objetivos: disminuir la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas provocadas por el uso compartido de material de consumo, disminuir y evitar las muertes por sobredosis como reacción negativa a las sustancias y mejorar los cuidados personales, así como dar cobertura a otras necesidades de sus beneficiarios.

Las SCH han demostrado ser eficaces para reducir los daños asociados al uso de drogas a diferentes niveles. En diversas revisiones bibliográficas (Potier, Laprévote, Dubois-Arber *et al.*, 2014; McNeil y Small, 2014; Clua, 2015; entre otros), se evidencia que son espacios donde consumir bajo supervisión de profesionales para reducir las muertes por sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea (VIH y hepatitis B y C). Además, estos espacios son la puerta de entrada de los usuarios a otros programas sociosanitarios para iniciar tratamiento, cubrir necesidades básicas (higiene, alimentación, etc.) y también para recibir atención social (Clua, 2011; Daigre, Comín, Rodríguez-Cintas *et al.*, 2010). En el ámbito comunitario, las SCH tienen un impacto positivo, ya que reducen el consumo y las jeringuillas desechadas en la vía pública, también mejoran considerablemente el orden público y la convivencia con los vecinos (Arostegi y Pérez, 2012; Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013).

Para la puesta en marcha de las SCH en la ciudad de Barcelona, ha sido necesario andar un largo camino. Desde los años ochenta, el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral ha producido graves problemas de salud (y muertes) que se han intentado abordar con diferentes planes de actuación hasta la actualidad. Fue necesario un cambio de paradigma hacia finales de los ochenta, lo que favoreció un acercamiento de los profesionales a los espacios naturales de consumo de drogas y, así, se empezaron a promover programas adaptados a los consumidores. Barcelona, aunque tarde, ha sido una ciudad solvente en la puesta en marcha de políticas de reducción de daños. Para paliar las consecuencias negativas del consumo por vía parenteral, desde las Administraciones de salud pública se desarrollaron los programas de intercambio de jeringuillas con el objetivo de facilitar a los usuarios material estéril para un consumo higiénico y disminuir el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea (Romero, Oviedo-Joekes, March *et al.*, 2005). A principios de los años noventa, se regularizaron los tratamientos de sustitución con opioides, especialmente los programas de metadona, con el objetivo de reducir el consumo de heroína y su uso por vía parenteral, así como de mejorar la calidad de vida de los usuarios (Brugal, 2005; Manzanera, Torralba, Brugal *et al.*, 2000). Paralelamente, se llevaron a cabo campañas para potenciar el diagnóstico temprano del VIH y, con la llegada de tratamientos antirretrovirales efectivos, se trazaron estrategias para fortalecer la adherencia y la calidad de vida de los afectados. A principios de los 2000, se pusieron en marcha las SCH para promover espacios de consumo seguros en las cercanías de fuertes escenarios de drogas (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003). Desde entonces, los servicios de atención a las drogodependencias de la ciudad y sus alrededores se han transformado en centros integrales que disponen de SCH, tratamientos para el consumo de drogas y servicios sociales para esta población (Parés-Badell, Barbaglia, Robinowitz *et al.*, 2020).

Sin embargo, aunque Barcelona ha venido ofreciendo un amplio abanico de medidas terapéuticas y tratamientos, la apuesta ha sido excesivamente sanitarista y ha carecido de una visión global de los problemas de las personas usuarias de drogas. Los datos epidemiológicos son esclarecedores. Por estos dispositivos pasan a diario hombres (alrededor del 80 %), de origen español (más del 60 %), con una edad media por encima de los 35 años, con un historial de más de 10 años de consumo de drogas (heroína o cocaína) por vía parenteral o pulmonar. Estos usuarios llevan

un seguimiento irregular de los tratamientos, más de la mitad han sufrido sobredosis, tienen problemas de salud relacionados con las enfermedades infectocontagiosas (70 % infectado por hepatitis C; un 30 %, de VIH) y viven con graves problemas conductuales y de salud mental. Alrededor de un tercio de los usuarios no tiene vivienda, más de la mitad no tiene trabajo, tiene poco contacto familiar y un reducido círculo de amistades. Además, la mitad de los usuarios obtiene ingresos de forma ilegal, cerca de tres cuartas partes de ellos han tenido problemas con la justicia y más de la mitad ha estado en prisión. Además, se detecta un difícil acceso a la vivienda, al trabajo, al ocio o la formación, así como una falta de vínculos familiares (Clua, 2015; Folch, Lorente, Majó *et al.*, 2018). Y las políticas de reducción de daños de Barcelona no han abordado suficientemente ninguno de estos aspectos. Asimismo, durante estos años ha faltado un mayor trabajo de coordinación entre las políticas públicas sociosanitarias de las drogodependencias y las fuerzas de seguridad y justicia. Mientras, se han ofrecido espacios para el consumo de drogas y se han promovido programas para la promoción de la salud de los consumidores, en algunos barrios se ha endurecido la actuación policial (Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013) y se ha perseguido a los usuarios en los alrededores de estos dispositivos por tenencia de sustancias y otras faltas administrativas o delitos menores que han agravado su situación personal.

El problema del consumo de drogas en poblaciones con procesos de exclusión social ha sido altamente estudiado en la ciudad de Barcelona por la Agència de Salut Pública de Barcelona, la de Cataluña y otros colectivos de investigadores. Durante los años ochenta, el fuerte impacto del consumo de heroína y su uso por vía parenteral llevó a estudiar estrategias para frenar la extensión del VIH/sida y de las muertes por sobredosis. Por ejemplo, a raíz de un estudio etnográfico con usuarios de alto riesgo realizado en el Raval y la Barceloneta (Romaní, Espinal y Rovira, 1989), se impulsó un folleto informativo sobre reducción de daños y servicios de atención a las drogodependencias, se propuso la introducción de la figura del agente de salud como mediador social y se recomendó crear centros de emergencia social para estas poblaciones. Desde entonces, la mayoría de los estudios realizados han sido de carácter epidemiológico, que han permitido determinar los daños producidos por el consumo de drogas por vía parenteral y movilizar líneas de actuación, así como evaluar el impacto de los programas y tratamientos llevados a cabo. Sin embargo, los estudios epidemiológicos no han contado suficientemente con la voz de los

agentes sociales implicados, se ha echado de menos un conocimiento de las relaciones que se establecen entre los consumidores y las implicaciones contextuales para incorporarlo a los programas sociosanitarios que se proponen. La carencia de un estudio en profundidad de dichos aspectos limita la participación de los interesados para buscar soluciones sobre el daño evitable. Además, la mayoría de los estudios se realizan desde un marco institucional, sin tener suficiente información sobre los espacios naturales del consumo de drogas para conocer las relaciones, los riesgos y los daños que se producen en los diferentes contextos.

Las investigaciones específicas sobre las SCH de Barcelona han sido escasas en sus veinte años de existencia. Estas se han interesado por la evaluación de su funcionamiento, como en el caso del programa de reducción de daños de Can Tunis (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003), el CAS Vall Hebron (Daigre, Comín, Rodríguez-Cintas *et al.*, 2010), la unidad móvil de Zona Franca (Dietze, Winter, Pedrana *et al.*, 2012) y el SAPS de Creu Roja (Clua, 2011). Se han realizado estudios sobre el impacto de la asistencia frecuente a las SCH en los beneficios sociales, sanitarios y de reducción de daños (Folch, Lorente, Majó *et al.*, 2018); sobre el impacto de las horas de apertura del CAS Baluard con una comparación entre un período de apertura de 15 horas y uno de 24 horas (Montero-Moraga, Garrido-Albaina, Barbaglia *et al.*, 2020); también, específicamente, sobre los jóvenes inyectores que usan las SCH (Bravo, Royuela, de la Fuente *et al.*, 2009) y sobre el perfil psicológico de los usuarios del CAS Baluard (Torrents, 2006). Asimismo se ha evaluado el impacto comunitario: el caso del CAS Vall Hebron (Curtó, 2011) y el impacto de las SCH para disminuir el número de jeringuillas desechadas en la vía pública de la ciudad de Barcelona (Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013; Espelt, Villalbí, Bosque-Prous *et al.*, 2017). Otro aspecto específico por el que se ha mostrado interés es el del síndrome posconsumo de cocaína en las SCH (Andreo, Rogés, Marco *et al.*, 2013; Delás, Priore, Pigem *et al.*, 2008; Roncero, Martínez-Luna, Daigre *et al.*, 2013). Estos estudios han aportado resultados y conclusiones interesantes, pero hasta el momento no se había llevado a cabo un análisis sobre las trayectorias de los usuarios de las SCH de Barcelona.

Los resultados de este libro provienen de la tesis doctoral (Clua, 2016) que defendí ante un tribunal en el Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. Entre los artículos publicados, se han presentado análisis sobre los estilos de vida de los usuarios de las SCH de Barcelona (Clua, 2018), los diferentes escenarios de

consumo de drogas (vía pública, viviendas y SCH) de la población estudiada (Clua, 2020a; Clua y Dumont, 2022), los métodos cualitativos para el diagnóstico de salud de las personas usuarias de drogas (Clua, 2020b), las prácticas de consumo de riesgo entre los usuarios de las SCH (Clua, 2021a) y los cuidados de enfermería en las SCH (Clua, 2021b). El presente texto se centra en el análisis de las historias de vida de los usuarios de drogas que acuden a centros sociosanitarios que disponen de SCH en Barcelona, y en la cotidianidad en estos dispositivos. Este análisis implica reflexionar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de los usuarios de drogas junto con el desarrollo de las políticas de drogas aplicadas desde finales de los años ochenta en la ciudad de Barcelona y alrededores para hacer frente a los daños del consumo de heroína y cocaína en poblaciones vulnerables hasta el momento actual. A través de los relatos de vida conoceremos cómo los usuarios integran las SCH como espacios para mejorar la calidad de vida y mitigar consecuencias sociales negativas generadas por el prohibicionismo de las drogas.

Las reflexiones de este libro se llevan a cabo desde la perspectiva de la antropología médica, tomando la propuesta de la epidemiología sociocultural (Menéndez, 2008; Haro, 2013). Dicha propuesta se caracteriza por analizar los procesos de salud-enfermedad-atención de la población estudiada, articulando datos generados con metodologías cuantitativas y cualitativas, y estableciendo un diálogo con los afectados que permite mayores posibilidades en el diagnóstico de salud, es necesario un conocimiento profundo del contexto para descifrar las claves del problema con el fin de intervenir con dinamismo y versatilidad en el cambiante fenómeno del uso de drogas. Así, se analizan los procesos de salud-enfermedad y los itinerarios terapéuticos (Comelles, 1997; Haro, 2000) producidos en torno al consumo de los usuarios que acuden a las SCH de Barcelona.

A partir de este planteamiento teórico-metodológico, se han descrito las trayectorias de las personas usuarias de drogas que acuden a las SCH de Barcelona, determinando sus problemas de salud, las formas de autoatención y el uso de programas de reducción de daños; así como los tratamientos por los que pasan para hacer frente a los problemas derivados del consumo de drogas. A su vez, se ha definido una tipología de los usuarios de las SCH comparando la intensidad de consumo, la aceptación del riesgo y la incorporación de estos dispositivos como estrategia de reducción de daños. La inclusión de los actores principales en el estudio ha permitido discernir los elementos socioculturales, históricos, políticos y jurídicos

con implicaciones en el consumo de drogas y tener un conocimiento de la realidad de su propia voz.

El libro se divide en cinco capítulos y un *post scriptum*. En el primer capítulo, se proponen una serie de conceptos de la antropología médica para el análisis sociocultural de los usos de drogas, se define, brevemente, en qué consisten las políticas de reducción de daños y se realiza un análisis histórico de dichas políticas en el Estado español; en concreto, en la ciudad de Barcelona y sus alrededores y, específicamente, sobre las SCH en el contexto estudiado.

En el segundo capítulo, se contextualiza la procedencia de los datos analizados en el libro. Se exponen los objetivos, el diseño, la población y muestreo del estudio, las técnicas de recogida y de análisis de los datos. Concretamente, se profundiza sobre el uso de técnicas cualitativas en el método etnográfico y el biográfico para el análisis de los relatos de la población estudiada.

El tercer capítulo corresponde al análisis de las historias de vida de los usuarios de las SCH. En este se analizan los procesos de salud-enfermedad-atención y los itinerarios terapéuticos de los participantes. Se presenta a los informantes y se analizan las historias personales a lo largo de los procesos de socialización que desencadenan en un consumo intenso y problemático de las drogas, y que conducen a adoptar diferentes métodos de autoatención y a incorporar los diferentes servicios sociosanitarios.

En el cuarto capítulo, se diseña una tipología de usuarios de las SCH aplicada en los diferentes contextos de uso de drogas de la población estudiada. Concretamente, se describen los diferentes escenarios del uso de drogas de los participantes, su cotidianidad en las SCH y los estilos de vida; todo ello teniendo en cuenta la intensidad de consumo y las formas de autoatención. Específicamente, se analizan diferentes aspectos relacionados con el funcionamiento de las SCH y las expectativas de futuro de los participantes.

En el quinto capítulo, se recogen las conclusiones e ideas principales del libro, a partir de las cuales, se exponen diversas propuestas de intervención social y de salud, y se reflexiona sobre nuevos horizontes en las políticas de reducción de daños.

Por último, en el *post scriptum*, se reflexiona sobre los acontecimientos en el período posterior a la investigación y los acaecidos con la irrupción de la pandemia del covid-19, y se plantean posibles escenarios de intervención en el futuro.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar las gracias a todas aquellas personas que han contribuido a la realización de este trabajo. Muchas gracias a todos los usuarios y profesionales de los centros estudiados y a los técnicos municipales responsables de Barcelona.

Doy una mención especial a aquellas personas que me han guiado y echado una mano para sacar adelante la tesis doctoral que ha dado lugar a este libro. A Aurelio Díaz, director de la tesis, le doy las gracias por su mano dura, sus consejos y por dejarme disfrutar y sufrir el trabajo a mi manera. A Guillaume Dumont, por desencallar mi cerebro en momentos de bloqueo y ayudarme a sacarle jugo a los datos de la investigación. A Sònia Martí, por maquillar el texto, arreglar mis renglones torcidos y darme su valioso punto de vista en algunas discusiones. A Antoniu Llort, por brindarme sus comentarios y reflexiones a lo largo de la investigación. A Oriol Romaní, Joan Pallarés y David Pere Martínez Oró, por poder contar con ellos como tribunal de la tesis doctoral.

Durante el trabajo de campo ha habido muchas personas que me han ayudado facilitándome datos y el acceso a los lugares de investigación. Doy las gracias a los técnicos de drogodependencias, Teresa Brugal, Carmen Vecino, Xavier Majó y Laia Gasulla, así como a los coordinadores de los diferentes servicios estudiados, Diego Aránega, Noelia Girona, Alejandra Pineda, Elena Sala, Cris Beltrán, Claudio Castillo, Noemí González, Laura Pérez y Alicia Molina. Sobre todo, le doy las gracias a Olga Díaz por abrirme en su día la puerta al mundo de las salas de consumo higiénico y a Arnau Serra por ayudarme en el tramo final del trabajo de campo haciéndome de puente con el CAS Fòrum y El Local de la Mina.

Por otra parte, quiero mostrar mi agradecimiento a los colegas y compañeros que he ido conociendo durante estos años. A los que están y estuvieron en el campo de las drogas, Jordi Delàs, Tre Borràs, Davide Iannello, Xavi Bassols, Sergi Padilla y David Silvestre, y a los que he reencontrado por CATNPUD, Kenzi Riboulet-Zemouli, Aura Roig y Óscar Parés. Por supuesto, a los compañeros en trincheras del bus de dispensación de metadona de Barcelona y del CAS Brians, respectivamente, mi escuela y mi universidad en el mundo de las drogas.

También debo agradecer el apoyo de colegas del campo de la salud mental, Carlos Solís, Antonio Moreno, Rosa Giralt y Víctor Varela, y de mis compañeras de la Facultat de Ciències de la Salut de Manresa (Uni-

versitat de Vic-Universitat Central de Catalunya), sobre todo a Carme Valiente, por creer en mí y haberme dado un espacio para crecer como profesor en el campo de las drogas. No quiero olvidarme de todos aquellos estudiantes e investigadores que, a lo largo de estos años, han confiado en mí para echarles una mano.

Por último, este libro va dedicado a mi familia y seres queridos. A todos mis colegas de Barcelona y el Baix Llobregat, en especial a Dani Rué, Marga Soria, Pau Merlo, Zaida Herrero, Alexis Alonso, Sandra Simó, Juanjo Martos, Su Blue, Neus Milán y Xaume Merino y Ángel & Pa. A mis padres, mi hermano, mi cuñada y mis sobrinas Paula y Alba, por el cariño recibido. Por supuesto, a Esther Roldán, Lucas Solana y Kurt quiero agradecerles el apoyo incondicional y pedirles perdón por mis momentos de ausencia; sabéis que os quiero.

1. APUNTES PARA EL ESTUDIO DEL CONSUMO DE DROGAS

En los diferentes apartados de este capítulo se detallan múltiples aspectos que son importantes para enmarcar el análisis del estudio. En una primera parte, se desarrollan unos conceptos básicos aplicados por la antropología médica que son necesarios para comprender las historias de vida de las personas usuarias de drogas y la cotidianidad en las salas de consumo higiénico (SCH). Respecto con la tríada *contextos-sujetos-drogas*, se operacionalizan los diferentes ejes para una interpretación del consumo de drogas y su complejidad desde una perspectiva sociocultural (Apud y Romaní, 2016). A continuación, se define qué son los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2005a) para comprender la construcción individual y social de los padecimientos entre los usuarios de drogas y las soluciones que buscan para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas intenso mediante la incorporación de los servicios de salud y la toma de diferentes estrategias de autoatención. Por último, se define el concepto *estilo de vida* para un análisis de los diferentes tipos de usuarios que acuden a las SCH según la intensidad de consumo y la adherencia a estos dispositivos. En una segunda parte, se desarrollan, brevemente, las consecuencias negativas de las políticas prohibicionistas y se conceptualizan las estrategias de reducción de daños como modelo alternativo a estas políticas. Concretamente, solo se exponen los programas y estrategias específicos más utilizados por la población estudiada: la distribución de material higiénico, la sustitución de opioides, la prevención de sobredosis y las SCH. Por último, en la tercera parte, se realiza un breve recorrido histórico de dichas políticas en el marco del Estado español, específicamente en la ciudad de Barcelona y sus alrededores, y del despliegue de las SCH en la ciudad.

Hacia una interpretación sociocultural de los usos de drogas

Contextos-sujetos-drogas

En la tríada *contextos-sujetos-drogas*, la interrelación de sus diferentes ejes está altamente consensuada en el estudio sobre los usos de drogas (Zinberg, 1984, en Díaz, 1998:147; Romaní, 2010a:95). Podemos poner mayor énfasis en cada uno de los ejes, aunque no por ello debemos subestimar o considerar de más importancia un eje u otro. Desde mi planteamiento, me centraré en el contexto, pues este factor toma especial importancia en la investigación al desarrollarse esta en diferentes entornos que determinan las experiencias y las prácticas de consumo de las personas consumidoras de drogas (Pallarés, 1996:148; Romaní, 2010a:95). En este sentido, la etnografía nos va a permitir analizar el uso de drogas desde la perspectiva de sus participantes; y comprender el mundo de las personas usuarias, sus interrelaciones con otros agentes, sus discursos y prácticas en los distintos entornos donde se ritualiza el consumo de drogas. Mediante técnicas cualitativas, específicamente la observación participante, se facilita un acercamiento a la realidad y los entornos *naturales* de consumo de drogas (Apud y Romaní, 2016).

El conocimiento del contexto implica un acercamiento histórico, político, jurídico, social, cultural y sanitario del fenómeno en cuestión. Las prácticas del consumo de drogas y las consecuencias negativas asociadas se establecen, en mayor o menor gravedad, dependiendo de las trayectorias personales de los consumidores, determinadas por su situación socioeconómica y los problemas biopsicosociales, que se desencadenan a lo largo de los procesos de salud-enfermedad-atención. En un plano espacial, conduce a un conocimiento territorial de los lugares donde se producen los consumos de drogas, lo que Fernandes (2000) conceptualiza como «territorios psicotrópicos». En dichos espacios se produce la identificación psicológica de la persona con el territorio donde se produce la venta y el consumo de drogas; se generan unos comportamientos y actitudes concretos, pues «los lugares de las drogas son escenarios de conducta que se vuelven semejantes entre sí, lo que permite a un *junkie* saber qué tiene que hacer, con razonable precisión, incluso en un local que desconoce» (Fernandes, 2000:57), lo que produce una atracción de los sujetos a un ambiente donde se desarrollan con sentido común los diferentes estilos de vida de los consumidores de drogas. A partir de este

conocimiento, es posible examinar cómo el espacio influye directamente en los comportamientos de riesgo constriñendo la percepción de los consumidores a determinadas prácticas del consumo en la vía pública u otros espacios, las cuáles están influenciadas por elementos de control que oprimen y generan un riesgo ambiental para las personas que consumen (Rhodes, Singer, Bourgois *et al.*, 2005).

En relación con los sujetos, en el marco de mi investigación, hablo de personas usuarias de drogas, por vía parenteral u otras, con graves problemas de salud que desarrollan sus relaciones sociales en contextos de exclusión social. Las posiciones hegemónicas llaman a estos sujetos *yonquis* u otros términos ofensivos que estigmatizan el colectivo y generan alarma social, lo que justifica la reacción social por la que debe actuar el Estado para eliminar o mitigar el problema (Romaní, 2004:154). El concepto *yonqui*, en el imaginario colectivo, aúna la imagen social de los *enfermos* y los *delincuentes*, y otros perfiles peyorativos. La concepción biomédica de los *drogadictos* los presenta como el conjunto de usuarios de drogas que precisan, de forma irreflexiva, consumir sustancias; y que se identifican con cierta estética desarrapada, la extrema delgadez, el consumo de heroína por vía parenteral o crack por vía pulmonar, una jerga propia, la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, la muerte y otras imágenes y características que engloban el estigma hacia este colectivo (Martínez Oró, 2015:133; Romaní, 2004:154). Desde posiciones criminológicas se representa a la población institucionalizada en prisiones u otros dispositivos de la justicia que precisa delinquir para costearse el consumo de drogas, con actitudes antisociales y que quiebran la ley (Fornons, 2009:145; Romaní, 2004:154). En el discurso de normalización de los consumidores recreativos, el consumo de heroína por vía intravenosa o de crack por vía pulmonar funcionan como chivo expiatorio para normalizar el resto de los consumos y considerar problemáticos y difíciles de controlar solo los primeros (Martínez Oró, 2015:134). Sin embargo, entre las personas inmersas en el consumo de drogas se generan diferentes adjetivos para autoasignarse en su propia subcultura. Para los consumidores de drogas considerados *yonquis*, la identidad de asignación depende de las interacciones sociales entre sus iguales y hacia otros grupos sociales. Aquí se nos plantea un dilema para decidir qué concepto utilizar en cada caso. Deberíamos preguntar a los protagonistas, pero ellos mismos, muchas veces, han adoptado los diferentes términos despectivos. Dependerá, pues, del escenario de juego en el que los sujetos se representan.

Hoy en día, con el afán de eliminar las dos etiquetas —la de *delincuente* y la de *enfermo*—, se utiliza el concepto *usuario*: usuario de drogas o usuario de un centro sociosanitario de atención a las drogodependencias. En mi caso, me refiero a *personas usuarias de drogas*, pero para acotar utilizo los términos empleados en una investigación realizada en la SCH del SAPS (Clua, 2011); *usuario* cuando hablo de personas que utilizan un centro o programa sociosanitario de intervención en drogas, y *consumidor de drogas* cuando me refiero en general a aquellas personas que utilizan las drogas, estén institucionalizadas o no, usen los servicios o no.[1] Además, bajo estas asignaciones, propongo poner el acento en las prácticas y discursos de la población estudiada y evitar generar discriminación por el uso de determinadas etiquetas estigmatizantes.

Por último, la OMS considera las drogas como productos para estimularse, sedarse, paliar el dolor, alucinar, etc.; es decir, toda una serie de sustancias con efectos psicotrópicos que la sociedad utiliza para alterar sus estados de conciencia. Romaní (2004: 53) reinterpreta esta definición, considera que las drogas son:

> sustancias químicas, que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan.

Según este debate, las drogas se conceptualizan dentro de un entramado de construcciones sociales, ético-morales y político-legales; y como adscripciones químicas. Por contra, en una interpretación prohibicionista, las drogas se consideran como «una sustancia perversa que produce daños irreversibles en los usuarios y su entorno» (Pallarés, 1996:27). Por otro lado, en reflexiones actuales, para una parte de la población con un discurso normalizador, no todas las sustancias se consideran drogas. Por ejemplo, el alcohol, pese a sus efectos embriagadores y su estatus de legalidad, se desvincula de los significados de sustancias como la cocaína, la heroína y el cannabis (Martínez Oró, 2015:25). También, como en mi

1 En todos los casos, cuando hablo de consumidores de drogas o de usuarios, me refiero a hombres y mujeres en toda su diversidad. Dado que la mayoría de las personas que acuden a los servicios estudiados son hombres, con una proporción que puede oscilar entre el 75 % y el 85 %, se utiliza la forma del género masculino. En caso necesario, se utilizará la forma del femenino cuando hable específicamente de las mujeres consumidoras de drogas.

caso de estudio, los psicofármacos, sustancias consideradas de uso médico para el tratamiento de malestares psíquicos, se utilizan por los consumidores que acuden a las SCH como sustancias para potenciar el uso de otras drogas o para combatir el *mono* (síndrome de abstinencia a opiáceos y opioides). Por lo tanto, el uso de las drogas debe interpretarse a nivel micro para conocer sus significados y la posición de los colectivos hacia ellas. Debido a estas especificidades, en el marco de mi estudio, cuando se utilice el concepto *drogas* nos referiremos a todas las sustancias utilizadas por las personas estudiadas. Aparecen todo tipo de sustancias, ya sean legales o sometidas a fiscalización: desde el alcohol o los psicofármacos hasta los opiáceos y la cocaína. Sin embargo, por las características de la población estudiada, toma centralidad el uso de los opioides[2] y la cocaína/crack. Dentro del primer grupo, aparece la heroína, opioide semisintético en polvo, de color marrón (morfina base) —menos soluble y más biodisponible para consumir por vía pulmonar— o blanco (morfina clorhidrato) —más idónea para su consumo por vía parenteral— (Álvarez y Farré, 2005; Hidalgo, 2007:307). Esta produce, a corto plazo, efectos placenteros, somnolencia, analgesia y disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La heroína es una sustancia que actualmente está sometida a fiscalización y que solo se utiliza, de forma excepcional y minoritaria, para la experimentación controlada en ensayos de programas de mantenimiento para pacientes que no han tenido éxito en otro tipo de tratamientos o en terapias para el control del uso de esta sustancia. En el estudio también aparecen opioides de uso terapéutico, como la metadona o la buprenorfina, comercializados por diferentes empresas farmacéuticas en forma de pastillas o de solución acuosa (jarabe). En el caso de la cocaína, aparece el clorhidrato de cocaína —presentado como un polvo blanco cristalino que se puede consumir por vía nasal y parenteral— y el crack[3] —sintetizado en piedrecitas en forma de cristal para el consumo por vía pulmonar—. Sus efectos se caracterizan por la presencia de euforia, sudor intenso, verbo-

2 Los opioides son sustancias sintéticas que tienen efectos análogos a los opiáceos. Los opiáceos son sustancias que derivan de la planta del opio a partir del jugo extraído de la adormidera (*Papaver somniferum*) (Álvarez y Farré, 2005).

3 El crack debe diferenciarse de la forma derivada de la hoja de la coca llamada *base libre*. La base libre se prepara utilizando el clorhidrato de cocaína *cocinado* con éter y quemadores potentes y requiere instrumentos de laboratorio. En España se suele confundir por el uso de *fumar en base*, que responde a la preparación de la cocaína para fumar (véase Díaz, 1998:166-176, sobre las diferentes formas de preparar y consumir los derivados de la hoja de la coca).

rrea y pupilas midriáticas. También, aparece el consumo de la mezcla de ambas sustancias, cocaína y heroína, bajo el nombre de *speedball*. El motivo de este tipo de consumo es contrarrestar los efectos indeseables de la heroína o de la cocaína; algunos usuarios la utilizan así para que la subida de cocaína no sea tan fuerte o para reducir los efectos de adormecimiento de la heroína (Albertín, 1999:51).

Proceso de salud-enfermedad-atención

La noción de *salud-enfermedad* se percibe como el *continuum* de enfermar y sanar en un contexto histórico, económico y político. En este proceso, los grupos sociales generan itinerarios asistenciales en torno a sus propios recursos intelectuales, sociales, institucionales y culturales (Comelles, 1997). El proceso de salud-enfermedad puede comprenderse, de forma global, desde tres dimensiones (Hofmann, 2002; Kleinman, 1978): a) la dimensión biopsicológica, tradicionalmente seguida por la biomedicina, que consiste en la detección y diagnóstico de los signos y síntomas de la enfermedad que afectan al cuerpo (*disease*); b) la dimensión cultural, abandonada por la biomedicina, que corresponde a la expresión de los síntomas y el sufrimiento desde la expresión cultural de los padecimientos (*illness*); y c) la dimensión social, más relacionada con la dimensión cultural que con la dimensión biomédica, tiene que ver con los significados de la enfermedad en un contexto social concreto (*sickness*).[4]

4 Un caso paradigmático para explicar las tres dimensiones es el VIH/SIDA. Desde una dimensión biológica (*disease*), el VIH produce una inmunodeficiencia del sistema orgánico que se diagnostica con la presencia de anticuerpos en la sangre como respuesta a la presencia de virus; produce una reducción de los linfocitos T CD4 (defensas) y un aumento de la carga viral (cantidad de virus en sangre). La primoinfección del VIH suele presentar una sintomatología similar a un síndrome gripal. Pasada esta etapa, a lo largo del proceso de la actividad del virus, pueden aparecer enfermedades oportunistas que, si no cesan, conducen al estadio máximo de la enfermedad, conocido como *sida* (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). En los primeros años de la aparición de esta patología, para referirse al proceso de la enfermedad, se utilizaba únicamente el término de *sida*. Más tarde, con la llegada de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA), fármacos para paliar la actividad del VIH en el organismo, se diferenció la fase de *infección VIH*, estadios no sintomatológicos, del *sida*, estadios avanzados de la enfermedad. Desde una dimensión cultural (*illness*), el VIH/sida se vive como una enfermedad con múltiples metáforas por los colectivos de afectados y la sociedad (Sontag, 2005). En la etapa de enfermedad aguda, contraer el sida significaba morir y se acompañaba de toda una serie de consecuencias negativas en el proceso

Los individuos y grupos sociales, ante los diferentes padecimientos, llevan a cabo una búsqueda de formas de atención de manera reflexiva. La asistibilidad no es consecuencia de unos criterios objetivos de carácter biológico, puesto que muchos malestares y sus diferentes síntomas no se reconocen como tales (Comelles, 1997). Frente al padecimiento, los sujetos utilizan potencialmente una serie de formas de atención. Las clasificaremos a partir de la propuesta de Menéndez (2005b:39):

a) *Formas de atención de tipo biomédico*. Se refiere a los diferentes niveles de atención, de lo preventivo, asistencial y comunitario: atención primaria, la que se ejerce desde la prevención y en las áreas básicas de la salud (ambulatorios); atención secundaria, donde se engloban las diferentes especialidades sanitarias (psiquiatría, traumatología, etc.), y atención terciaria, que corresponde a la hospitalización o internamiento en centros sociosanitarios.

b) *Formas de atención de tipo popular y tradicional*. Corresponden a los diferentes curanderos de tradiciones religiosas o cosmológicas.

c) *Formas de atención alternativas*. Sanadores, nuevas religiones, etc.

d) *Formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas*. Medicina china, medicina india ayurvédica, etc.

e) *Formas de atención centradas en la autoayuda*. Muy conocidas, como Alcohólicos Anónimos; en caso del consumo de drogas ilegales, Narcóticos Anónimos; grupos de ayuda de enfermedades estigmatizadoras como el VIH/sida, etc.

---

de duelo. Su evolución sintomatológica (delgadez, lipodistrofia, etc.) generaba —y genera—, el aislamiento de las personas afectadas. Bajo el miedo de infectar a otras personas, de ser rechazado, el VIH ha marcado las formas de relacionarse entre los diferentes grupos sociales de una sociedad concreta. Por último, el VIH/sida desde una dimensión social (*sickness*) se ha vivido como una enfermedad social que señala a sus afectados como *grupo de riesgo* (Guasch, 1992), lo que estigmatiza a determinados colectivos considerados de *vida insana* (prostitutas, drogodependientes, homosexuales, etc.). Cuando se proclamó que el VIH/sida era «una enfermedad de todos», dejó de emplearse el concepto de *grupo de riesgo* para dar paso al de *prácticas de riesgo*, con dos intenciones: reducir el estigma hacia los colectivos considerados subalternos e informar a la totalidad de la sociedad que el VIH podía afectar a todo el mundo independientemente de la clase social, la religión, el género o cualquier otro tipo de categoría del orden estructural.

Entre las diferentes formas de atención, la biomédica se ha situado como la forma más *fiable* y *científica* del diagnóstico y tratamiento de los diferentes padecimientos. No obstante, todos los sujetos utilizan diversas formas de autoatención/automedicación/autocuidado para solventar o paliar los diferentes malestares. Estas formas de atención tienen pequeños matices entre sí.

La *autoatención* se refiere a los conocimientos, saberes y prácticas aprendidos de forma colectiva, que comparten determinados grupos sociales para intervenir en sus procesos de salud-enfermedad. Estas prácticas sirven «para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales» (Menéndez, 2005b:54). Consiste en un despliegue de medidas para aliviar o prevenir los padecimientos. Por ejemplo, no tomar café por la noche si sabemos que nos va a impedir conciliar el sueño.

La *automedicación*, confundida por la biomedicina con la autoatención, se define como «la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar ciertos padecimientos sin intervención directa o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello» (Menéndez, 2005b:55). Por ejemplo, utilizar el paracetamol para bajar la fiebre o paliar el malestar generalizado.

El *autocuidado* se refiere a un conjunto de actividades cotidianas, íntimas y personales con un patrón y una secuencia que, realizadas efectivamente, conducen a un cuidado de uno mismo para un óptimo funcionamiento en un ambiente y contexto habitual (Muñoz, 2009). Por ejemplo, la higiene bucal, la búsqueda de patrones alimenticios equilibrados, la práctica de actividad física, etc.

Sumadas a estas medidas, Haro (2000:119, 146) se refiere a la *autoayuda*,[5] al conjunto de iniciativas civiles autogestionadas al margen de los organismos gubernamentales. Se acude a estas formas de atención

5 Los grupos de autoayuda se constituyen por personas identificadas con un padecimiento concreto (Menéndez, 1997). Desde estos grupos se lideran propuestas para la participación social por los derechos de los afectados. Por ejemplo, colectivos como ACT-UP, en EE. UU., y su versión española, ACTUA, iniciaron la lucha de proderechos de las personas con VIH/sida. En el caso de los usuarios de drogas, para saber más sobre asociaciones y grupos afines en Europa y España, véase Borràs, Carbonell, de Andrés *et al.* (2000).

como alternativa a la insuficiencia de la oferta asistencial sanitaria, así como ante la ineficacia del propio modelo biomédico, el cual excluye los aspectos psicosociales y contextuales de las poblaciones susceptibles de atención.

Los sujetos y grupos sociales, a partir de sus experiencias en el proceso de salud-enfermedad y las diferentes formas de atención, construyen unos *itinerarios terapéuticos*[6] (Comelles, 1997; Haro, 2000): el conjunto de representaciones, prácticas y experiencias subjetivas a lo largo del proceso salud-enfermedad en el que los sujetos despliegan todo tipo de formas de atención institucionales, en toda su variedad de atención y dispositivos asistenciales; y los recursos dentro de la red social de los grupos sociales. El uso de esta noción nos permite analizar los discursos y prácticas de la población y conocer el despliegue de saberes populares y la incorporación del uso de dispositivos privados y públicos del Estado (Comelles, 2004:19) de un contexto social, económico y político determinado.

En el caso de las personas usuarias de drogas, estas despliegan, ante determinados padecimientos, una serie de estrategias de autoatención (autocuidado para la preservación de la salud) o acuden a diferentes formas de atención (biomédica, alternativa, etc.). Como autoatención, una de sus formas es la automedicación, en la que el consumo de drogas se asimila al consumo de medicamentos como método para paliar el malestar. En este sentido, el consumo de drogas se sitúa dentro de la noción de *droga/medicamento* que, entendida como un *continuum*, nos permite una mayor comprensión de las características tradicionales/modernas de ciertos usos de drogas (Romaní, 2004:83). Siguiendo a Aurelio Díaz y Joan Pallarés (Díaz, 1998:68-69), comparto que los usos/consumos de las drogas/medicamentos deben analizarse dentro de su entramado sociocultural e histórico para que se puedan esclarecer las funciones, condiciones y significados de estos dentro de la sociedad.

Bajo estas premisas, podemos diferenciar los diferentes consumos a partir de la conjunción de las propuestas de tipología de usos de drogas de Díaz (1998:156-158) y Gamella y Álvarez (1999:90-95):

6 El *itinerario terapéutico* se asimila al concepto *carrera moral* de Goffman, definido como «cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida» (Goffman, 1994:133). Menéndez lo define en el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención como *carrera del enfermo* o *carrera del paciente* en las que se engloban las trayectorias de las formas de atención que utilizan los sujetos (Menéndez, 2005b).

a) *Uso experimental*. El que ocurre solo unas pocas veces, sin ritmo ni continuidad, sin que se produzca la reiteración.

b) *Uso ocasional y recreacional*. El que ocurre de forma espaciada, con la intención de divertirse o disponer de experiencias individuales/grupales con personas homólogas, sin que tome un papel importante en la vida del consumidor.

c) *Uso regular e instrumental*. El consumo se repite con frecuencia; se toman las drogas para enfrentarse a ciertas situaciones reiteradas, con carácter instrumental.

d) *Uso intensivo y perjudicial*. A diferencia del anterior, este deviene costumbre y se considera problemático, pues presenta las primeras consecuencias negativas sociales, sanitarias y legales en las personas que consumen y su entorno.

e) *Uso compulsivo/disfuncional*. Se produce un incremento de frecuencia y cantidad que se percibe como una necesidad y la interrupción del consumo genera incomodidad e incluso enfermedad. Existe una pérdida de control, aumentan las causas y motivos que llevan a consumir; es relevante la vía de consumo de elección.

Los colectivos con un consumo compulsivo/disfuncional interiorizan y construyen un proceso de *drogodependencias*, entendido como un «conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas» (Romaní, 2004:55). Estos procesos se comprenderán mejor, de manera holística, si se enmarcan dentro de la noción de *estilo de vida*, donde la dependencia a las drogas produce unos procesos de identificación de la construcción del yo, una justificación de la propia situación, lo que genera una serie de relaciones económicas y sociales, y expectativas en la manera de relacionarse dentro de un contexto sociocultural e histórico que oriente la existencia de los sujetos (Díaz, 1998:164; Romaní, 2010b; Romaní, Pallarés y Díaz, 2001). Nos permitirá conocer las relaciones sociales y la cotidianidad entre los consumidores de drogas y los servicios de salud, y adquirir un mayor conocimiento del

contexto para descifrar las claves del problema con el fin de intervenir con dinamismo y versatilidad en el cambiante fenómeno del uso de drogas.

Estilos de vida

El concepto de *estilo de vida* se ha utilizado con significados diferentes en las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Veal (2000:12) apunta que la mayor característica en común entre las diferentes posturas es la falta de consenso de su significado. Además, la biomedicina ha adoptado una visión reduccionista y ha empleado el concepto para analizar e interpretar los hábitos nocivos de determinados sujetos y grupos sociales. Menéndez advierte que esta postura ha obviado el carácter holístico del concepto y lo ha vinculado con la noción de *riesgo*, mediante la cual se crea un efecto de causalidad de las conductas individuales de los sujetos como motivo de los diferentes problemas de salud, lejos de la contextualización de la vida de los grupos sociales (Menéndez, 1998). En biomedicina se emplea el concepto para describir determinados padecimientos crónicos, dejando al margen los factores culturales de estos; en consecuencia, se ha tendido a pensar que los sujetos pueden elegir y actuar en términos intencionales y responsables (Menéndez, 1998). De este modo, muchas de las intervenciones y acciones en salud se justifican poniendo la responsabilidad en los sujetos, los cuales toman decisiones y realizan diferentes prácticas de la vida cotidiana que producen déficit y desatención del cuidado de la salud. Por contra, en las ciencias sociales, a partir de la teoría del *habitus* de Bourdieu (1988), se ha privilegiado el papel de la estructura social como mecanismo para la adopción de los estilos de vida entre los sujetos y grupos sociales.

En esta etnografía he tratado de desarrollar una teoría de los estilos de vida como noción en la que convergen la agencia y las disposiciones sociales de los sujetos y grupos sociales. Con ello, defiendo que la adopción de los estilos de vida se adquiere a través del cuerpo por procesos de *encarnación* e *incorporación* entre los sujetos y grupos sociales (Dumont y Clua, 2015). En el caso de la encarnación, los sujetos tienen capacidad de agencia para decidir, construir y transformar su realidad de forma dinámica, reflexionando sobre sus propios actos (véase Butler, 2007; Esteban, 2004; Goffman, 1979, 1993; entre otros). Desde la perspectiva de la incorporación, los sujetos inscriben de manera histórica en su cuerpo normas y pautas que moldean su forma de pensar, actuar y sentir (véase Douglas,

2007; Wacquant, 2006; Bourdieu, 1988; entre otros). A partir de ambos procesos, los sujetos y grupos sociales construyen su estilo de vida, que puede cambiar según sus propias decisiones y las disposiciones y los procesos de socialización regulados por variables estructurales.

Esta mirada a los problemas de salud considera la capacidad de *agencia* de los sujetos y grupos sociales y las condiciones de vida que generan las desigualdades en la salud. Ello implica tener en cuenta la capacidad de la población de actuar para la transformación social de las desigualdades de salud, frente a las resistencias provocadas por la violencia estructural (Pizza, 2005). Esta mirada se focaliza en el comportamiento de las personas; se asume que los estilos de vida son una decisión racional a la vez que se indaga en las condiciones materiales, sociales y culturales de las que disponen para la adopción de comportamientos (Álvarez, 2012). Esto obliga a no responsabilizar ni culpabilizar a los sujetos y grupos sociales de su estilo de vida en relación con los problemas de salud y a elevar la mirada hacia un mayor conocimiento del contexto y las circunstancias de la población. Del mismo modo, considerar la capacidad de actuar y de autoatención de los sujetos no debe obviar la responsabilidad del Estado de actuar frente a los problemas de salud, sino que debe dar protagonismo de las acciones de la población que se articulan con los servicios de salud y otras formas de atención (Menéndez, 2005b).

El consumo de drogas empleado como forma de autoatención, con unos patrones disfuncionales, genera una serie de cambios en la percepción y uso del tiempo o de los espacios; en la percepción y gestión de la salud, en sus redes sociales, y en las relaciones a medio plazo con las instituciones sociosanitarias, laborales, jurídicas y económicas de los individuos y grupos sociales (Romaní, Pallarés y Díaz, 2001). Desde los diversos estilos de vida se generan diferentes recorridos y posibilidades, donde la experiencia con las drogas, la frecuencia y el tipo de consumo dependen de la relación que se establece con las sustancias y el contexto, no de una absoluta relación entre los fármacos y los sujetos (Pallarés, 1996:34-35).

En los itinerarios deben situarse los rituales iniciáticos, las formas de consumir (vías de consumo), el mantenimiento del consumo, las situaciones en que se acude a los sanadores, etc. Asimismo, hay que entender cómo la persona incorpora el consumo de drogas como padecimiento o autoatención. En este caso, los sujetos construyen su dependencia como problema, como enfermedad, empujados por la familia, por amigos o por sus pares. De esta manera, adoptan la condición de *asistible*, la cual obliga

a un conjunto de estrategias sociales en las que se ponen en juego una serie de prescripciones y terminologías al dependiente de lo que son hábitos saludables (Pallarés, 1996:121).

La construcción de una tipología de estilos de vida de consumidores de drogas nos permite definir una serie de criterios cualitativos, generados a partir de las observaciones y datos recogidos en el trabajo de campo, que son útiles para interpretar y comparar a los participantes; y describir el fenómeno estudiado. Siguiendo a Dumont y Clua (2015), resumo a continuación cinco dimensiones para desarrollar la tipología de los estilos de vida:

a) *Temporalidad.* Los estilos de vida cambian y se transforman, a lo largo del tiempo, mediante la apropiación de nuevos elementos y la transformación de las acciones y formas de pensar de los individuos y los grupos sociales de un contexto determinado.

b) *Visibilidad*. Los estilos de vida se configuran a través de elementos materiales y simbólicos que son visibles y reconocibles por los miembros con un estilo de vida determinado. No obstante, en ciertos estilos de vida estigmatizados, por sus acciones y formas de pensar, pueden ocultarse con diferentes estrategias que impiden el reconocimiento entre los individuos con un mismo estilo de vida.

c) *Espacial*. Los diferentes estilos de vida se constituyen con la apropiación y negociación de los espacios simbólicos, sociales y territoriales.

d) *Compromiso*. Los individuos y grupos sociales con determinado estilo de vida contraen, de forma consciente e inconsciente, una serie de conductas para construir su identidad social y sus dinámicas de actuación con diferentes intensidades.

e) *Reflexividad.* Se refiere a la sucesión de vínculos que construyen los individuos y grupos sociales con sus prácticas culturales y el mundo social que los rodea.

El análisis a partir de estas dimensiones permite describir los estilos de vida (tipología) como herramienta operativa para el análisis del consumo de drogas y la relación de las prácticas y discursos de los consumidores hacia el uso de los dispositivos de salud. Concretamente, nos

centraremos en la intensidad de consumo en distintos entornos y en el uso y adherencia de los usuarios a los centros sociosanitarios que albergan SCH. En este sentido, las diferentes prácticas y discursos sobre el consumo de drogas se determinan, subjetivamente, a partir de la experiencia del riesgo y deben analizarse en los múltiples contextos en los que se encuentran inmersos e interactúan los individuos y grupos sociales (Sepúlveda y Romaní, 2013). A través de la agencia, los usuarios de drogas participan de los diversos contextos de consumo mediante la toma de decisiones según las condiciones materiales, sociales y culturales de las que disponen, que definen los diferentes estilos de vida (Clua, 2018). De forma variable, adquieren habilidades y prácticas para experimentar placeres y protegerse de los posibles daños del consumo de drogas en situaciones determinadas (Llort, 2019; Duff, 2008). Por lo tanto, la gestión de los placeres y daños de los usuarios es determinante en las formas de ritualizar el uso de drogas, en cómo y dónde consumen y en los motivos de acudir a una SCH para llevar a cabo sus prácticas de consumo (Clua, 2020a). El análisis y la comparación de las formas de organizar la cotidianidad en los diferentes entornos de consumo nos permitirá esclarecer los diferentes estilos de vida entre los usuarios de drogas; así obtendremos una mayor comprensión de este fenómeno.

Prohibicionismo y políticas de reducción de daños

Hacer frente al prohibicionismo: políticas de reducción de daños

El movimiento prohibicionista se gestó a principios del siglo xx en los Estados Unidos, apoyado en un rechazo de las minorías étnicas y su supuesta criminalidad asociada al consumo de drogas, bajo un sustrato religioso protestante radical como explicación del fenómeno (Llort y Clua, 2021). La guerra contra las drogas se formalizó por diferentes Estados firmantes con la Convención Única de Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961 en la ciudad de Nueva York. Desde esta reunión, el objetivo ha sido limitar el uso de las drogas exclusivamente al área médica y científica, y pretender acabar con el consumo de drogas. Sin embargo, las consecuencias de estas políticas han sido nefastas; como suele decirse, fue peor el remedio que la enfermedad. Desde entonces, y en las sucesivas rectifica-

ciones de esta convención (1971 y 1988), el consumo de drogas ha aumentado, los daños a la sociedad y la salud se han intensificado y la población penitenciaria con delitos relacionados con las drogas no ha dejado de crecer. La fumigación de cultivos de plantas para la producción de drogas y la persecución de traficantes y consumidores de drogas, junto con la promoción de campañas preventivas, han sido un fracaso con un elevado gasto económico mayor que el empleado en la promoción de servicios específicos para la atención a personas que usan drogas (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011; Llort y Clua, 2021).

En este marco de prohibición se han intensificado las escenas abiertas u opacas de consumo integradas por población vulnerable que consumen opioides (heroína, fentanilo, etc.) y estimulantes (cocaína, crack, metanfetamina, etc.), mediante diferentes métodos de consumo por vía pulmonar (pipas, latas, etc.) y vía parenteral (intravenoso, subcutáneo, etc.) con graves consecuencias. Estos lugares se caracterizan por la insalubridad, la falta de seguridad y las limitaciones materiales del entorno; en ellos, los usuarios llevan a cabo prácticas de riesgo social y para la salud. En consecuencia, las personas consumidoras presentan déficits en el autocuidado y problemas de salud física y mental, y sufren diferentes tipos de violencia que generan estigmatización, criminalización y sufrimiento. En estos «entornos de riesgo» (Rhodes, 2009), los usuarios ritualizan el consumo de drogas y moldean sus prácticas según disposiciones sociales, estructurales y ambientales con el fin de aliviar el sufrimiento social y los problemas de salud asociados.

Las políticas prohibicionistas han generado consecuencias devastadoras que constatan el fracaso de estas líneas de intervención social y de drogas. Sus estragos se acentuaron con la aparición del VIH/sida y su rápida transmisión entre los usuarios de drogas por vía parenteral. En consecuencia, los colectivos de usuarios y profesionales de diversas ciudades europeas pusieron de manifiesto la necesidad de impulsar programas de salud para la reducción de daños, debido a la ineficacia de las políticas públicas aplicadas hasta el momento. Las políticas de reducción de daños se definen como «el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico, encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas» (Nieva, Baulenas y Borràs, 1995, en Romaní, 2008:305). Las primeras acciones se iniciaron a finales de los setenta y principios de los ochenta con diversas iniciativas en los Países Bajos y, posteriormente

en Inglaterra, donde se definió finalmente el concepto. En los Países Bajos destacaron diferentes grupos de activistas formados por personas consumidoras de heroína y otras sustancias, como Junkiebond y Rotterdam Junkie Union, o grupos formados por personas consumidoras, familiares, profesionales del trabajo social y personas comprometidas de diferentes ámbitos. En paralelo, en la provincia británica de Merseyside, con capital en Liverpool, se desarrollaron diversas medidas ambientales, estructurales y de prevención para frenar el impacto del consumo de heroína entre la población joven[7]. Desde estas experiencias se llevaron a cabo los programas de intercambio de jeringuillas y la prescripción de opioides inyectables con efectos positivos en la disminución y control de la expansión del VIH y otros daños a la salud asociados (sobredosis, violencia, etc.); de esta manera, se mejoró la convivencia en la comunidad entre usuarios y vecindario, se redujo la criminalización de los consumidores y se crearon lazos de trabajo conjunto con los servicios sociosanitarios y los cuerpos policiales (O'Hare, 1995; Llort y Clua, 2021).

Durante los años ochenta y noventa, los programas de reducción de daños se consolidaron al demostrarse su eficacia y capacidad de acercamiento a poblaciones ocultas con barreras de acceso a los servicios especializados (Llort, 2022).

En resumen los objetivos de la reducción de daños son los siguientes (Romaní, 2008:305): a) fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de atención a personas usuarias de drogas (a sus necesidades y demandas) y, consecuentemente, aumentar su posibilidad de acceso al sistema sociosanitario; b) crear recursos de ayuda a personas usuarias que, por las circunstancias que sean, no están en condiciones de iniciar un tratamiento relativo a su adicción, y c) ayudar en la aceptación de los consumidores de drogas como una realidad que, por el momento, no dejará de existir, así como impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consecuente exclusión social.

En la actualidad, las políticas prohibicionistas persisten y generan graves consecuencias sociales, de salud y económicas; mientras, diferentes asociaciones de usuarios de drogas, colectivos de profesionales sociales y de la salud, académicos y de sociedad civil continúan luchando por unas políticas de drogas sensatas que velen por la salud, la participación social

7 Sobre las primeras experiencias en reducción de daños véase Llort (2022).

y los derechos de los usuarios. Los diferentes programas de reducción de daños han demostrado su eficacia para contratacar el prohibicionismo con base en la ciencia, la ética y los derechos humanos, lo que ha favorecido la expansión e innovación de estrategias para paliar los efectos negativos de la persecución de las personas usuarias de drogas.

Programas de reducción de daños

A continuación, se exponen los diferentes programas de reducción de daños que tienen importancia en los relatos de los participantes del estudio y que se han desarrollado más en nuestro contexto geográfico. En cada caso se define qué es cada programa, cuáles son sus objetivos y su efectividad según la evidencia científica. Los diferentes programas y tratamientos que se exponen se llevan a cabo en los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) o los centros de emergencia o de reducción de daños; u otros dispositivos de carácter sociosanitario, como hospitales y ambulatorios, así como en entidades y organizaciones gestionadas por personas consumidoras y/o profesionales. En estos servicios sociosanitarios se integran los programas de reducción de daños con la intervención sanitaria, la atención social y, en algunos casos, la atención jurídica con equipos profesionales multidisciplinares.

Programas de distribución de material higiénico

Consisten en la distribución de material higiénico para el consumo de drogas por diferentes vías. Específicamente, hablamos de los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y la distribución de kits para el consumo de drogas fumables. Desde los PIJ se distribuyen kits que se componen de jeringuillas estériles, agua bidestilada para diluir las sustancias, cazuelitas para preparar la solución, toallitas de alcohol para limpiar la zona de punción, acidificantes para diluir sustancias poco solubles como la heroína marrón (base), filtros para filtrar la dosis diluida y goma (*smart*) para hacer el torniquete en la zona de punción (Clua, Tenza y Mingueza, 2015:26-29). En el caso de los kits de drogas fumables, se distribuyen láminas de papel de aluminio bajo en plomo para el consumo de heroína y kits de pipas para el consumo de cocaína/crack. Los kits de pipas se componen de pipas de vidrio endurecido que soportan tempe-

raturas elevadas, boquillas para recubrir la zona de aspiración de la pipa y evitar heridas bucales, filtros metálicos o papel de plata para colocar las piedrecitas de crack, goma elástica para sujetar el papel de aluminio, palillos para perforar el papel de aluminio donde se coloca el crack, bicarbonato sódico para transformar la cocaína en crack, agua bidestilada para diluir la cocaína o cazuelas para hacer el preparado del crack (Rovira, Cortés, Vidal *et al.*, 2018:140-154).

Los programas de distribución de material higiénico se llevan a cabo en diferentes servicios de atención comunitaria como, los centros de reducción de daños y los CAS, así como en farmacias, centros de salud, máquinas y prisiones (Clua, Tenza y Mingueza; 2015; Rovira, Cortés, Vidal *et al.*, 2018). Los objetivos de estos programas son: *a*) prevenir y promover la salud del consumo de drogas para evitar la infección de enfermedades de transmisión sanguínea (VIH y las hepatitis B y C) y las sobredosis; *b*) promover el acercamiento de los usuarios a las intervenciones de reducción del daño; *c*) ofrecer asesoramiento a los usuarios de drogas de otros servicios sociales y de salud; *d*) promover el sexo seguro con la distribución de preservativos y otros materiales para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, y *e*) crear vínculos con los usuarios para compartir información de las escenas de consumo y, así, mejorar la cobertura de las necesidades de la población consumidora (Grup Igia, 2000; Romero, Oviedo-Joekes, March *et al.*, 2005; WHO, UNAIDS, UNODC, 2007).

Diversos estudios en el medio comunitario (Fernandes, Cary, Duarte *et al.*, 2017; Kimber, Palmateer, Hutchinson *et al.*, 2010) y en el medio penitenciario (Lines, Jürgens, Betteridge *et al.*, 2006) demuestran que estos programas aumentan la concienciación del riesgo de compartir material de consumo, lo que reduce la reutilización de este entre los usuarios de drogas. Específicamente, los PIJ disminuyen la predicción de transmisión de enfermedades infectocontagiosas (VIH y hepatitis B y C), no incitan ni aumentan el consumo, mejoran las técnicas de venopunción de los consumidores y tienen un impacto ecológico positivo al reducir las jeringuillas utilizadas en la vía pública. Sin embargo, no existen suficientes evidencias para demostrar que los PIJ por sí solos puedan reducir la (re)infección del VIH y las hepatitis B y C. Por tanto, para ser eficaces, deben combinarse con otras estrategias sociales y de salud para lograr una buena cobertura.

Por otra parte, los PIJ, pueden facilitar el inicio de tratamientos de las drogodependencias. El contacto con profesionales promueve el asesoramiento, la información y la evaluación para iniciar un tratamiento

de sustitución de agonistas opioides o programas orientados a la abstinencia. Jones, Pickering, Sumnall *et al.* (2008) y Kwon, Anderson, Kerr *et al.* (2012) demuestran que son programas rentables porque reducen la infección de enfermedades y los costes generados por el tratamiento y seguimiento de estos problemas de salud. En el caso de los programas de distribución de kits para el consumo por vía pulmonar, diversos estudios (Pizzey y Hunt, 2008; Malchy, Bungay, Johnson *et al.*, 2011; entre otros) han mostrado una reducción de los problemas asociados al uso de drogas por esta vía, así como su capacidad para involucrar a los inyectores en el cambio de vía de consumo y, por lo tanto, de reducir el riesgo de sobredosis y de infecciones de transmisión sanguínea.

Programas de sustitución con opioides

Consisten en la prescripción y administración de fármacos agonistas opioides para sustituir el consumo de heroína. En nuestro contexto, los programas de sustitución con opioides más extendidos se realizan con metadona, seguidos en menor medida de los tratamientos con buprenorfina y con morfina de liberación lenta, además de contar con dos experiencias de ensayos de prescripción de heroína.

Los programas de sustitución, especialmente los de metadona, se llevan a cabo en los CAS y consisten en la dispensación de este fármaco por vía oral (solución o pastillas) con periodicidad variable, ya sea diaria, en días alternos, semanal o quincenal, según el plan terapéutico establecido. Desde los CAS, dichos tratamientos se acompañan de atención sanitaria básica y del control de las enfermedades concomitantes entre la población consumidora (hepatitis B y C, VIH/sida y tuberculosis). Los tratamientos con metadona se ofrecen con diferentes grados de exigencia. En los casos en que se supera cierto grado de estabilidad, se ofrece atención psicoterapéutica y socioeducativa con régimen de *take-home* semanal o quincenal; en casos de mayor estabilización, la posibilidad de la dispensación en farmacias (Brugal, 2005:41). Los programas de prescripción de heroína, por su parte, consisten en la administración de este fármaco por vía parenteral bajo control médico en usuarios que hayan fracasado en otros tratamientos de sustitución, que lleven más de dos años de consumo de opioides por vía intravenosa y que presenten problemas de salud física o psíquica imputables al consumo, pero que no impidan acudir al centro de tratamiento (Iraurgi, 2009; Marset, 2005, Danet, March y Romero, 2012).

En general, los programas de sustitución con opioides tienen los siguientes objetivos (Torrens y Fonseca, 2009): *a*) disminuir o eliminar el consumo de opioides ilegales; *b*) disminuir las conductas de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sanguínea; *c*) reducir el riesgo de sobredosis mortal; *d*) reducir las actividades ilegales; y *e*) mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas.

Los programas de sustitución con opioides se han estudiado ampliamente y han demostrado una alta eficacia para mejorar la calidad de vida y las condiciones sociales de sus usuarios. En general, estos programas funcionan en usuarios con una fuerte adherencia, con capacidad para reducir el consumo de heroína y el uso de drogas por vía parenteral. De este modo, se reduce la morbimortalidad y aumenta la esperanza de vida al disminuir los casos por sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea. En el ámbito social, los usuarios mejoran su situación laboral y disminuye su actividad criminal: se reducen los arrestos y los ingresos en prisión. Además, estos programas se consideran rentables, ya que reducen los costes sanitarios (Fernández Miranda, 2005).

Existen matices entre los diferentes tipos de tratamientos. Los programas con metadona que presentan mayor efectividad son los que cuentan con criterios flexibles de acceso al tratamiento, centran la evaluación en el usuario y presentan un plan con objetivos conjuntos; los que tienen una fase de inducción rápida durante la fase de mantenimiento y adaptan la dosis y la duración del tratamiento a las necesidades del usuario; los que ponen a disposición de los usuarios recursos psicosociales y tienen en cuenta la comorbilidad orgánica y psiquiátrica; los que tienden a favorecer la relación horizontal y desjerarquizada entre usuarios y profesionales; y los que buscan llegar a un compromiso antes de usar el castigo por el uso de drogas ilícitas y disponen de un equipo entrenado en actitudes positivas hacia los consumidores (Iraurgi, 2009; Trujols, 2016).

En el caso de los tratamientos con buprenorfina, se recomienda su uso combinado con naloxona (antagonista de opioides) para disuadir de su uso inadecuado por vía parenteral. En relación con las usuarias gestantes, la gravedad y la duración del síndrome de abstinencia neonatal parece ser menor en los tratamientos de buprenorfina que en los de metadona (Martínez, Donat, Soler *et al.*, 2007).

En el caso de los programas de prescripción de heroína (PPH), un estudio cualitativo sobre los pacientes y familiares del programa PEPSA de Granada (Romo, Poo, Ballesta *et al.*, 2009) concluía que se producía

una estabilización en las rutinas en la vida cotidiana de los pacientes a través del compromiso de acudir dos o tres veces al día al hospital, recibir apoyo psicosocial y alejarse de las escenas de consumo de drogas. Los pacientes mejoran en lo laboral y en las relaciones familiares y de amistad, y dejan a un lado los actos delictivos. Nosyk, Guh, Bansback *et al.* (2012) demuestran que los PPH son más eficaces y rentables que los tratamientos con metadona, pues reducen los ingresos hospitalarios, disminuyen costes sociales (sobre todo los asociados al crimen) y aumentan la duración y calidad de vida de los pacientes.

Prevención y atención de las sobredosis

Entre las acciones para la prevención de las sobredosis y las reacciones adversas al uso de drogas, contamos con los talleres de consumo higiénico y seguro, los programas de distribución de naloxona y los servicios de análisis de sustancias.

Los talleres de consumo higiénico y seguro consisten en pequeños grupos de usuarios (6-8 máximo), aunque también pueden ser individuales, para la educación sanitaria enfocada a reducir las prácticas de riesgo del uso de drogas (Clua, Tenza y Mingueza, 2015; Majó, Ilundain y Valverde, 2009; Rovira, Cortés, Vidal *et al.*, 2018). Generalmente, están dirigidos por profesionales y usuarios formados como agentes de salud que realizan educación entre pares para reforzar los mensajes preventivos entre los usuarios de drogas. Los objetivos de estos talleres son fomentar un buen uso de los materiales de consumo, promover normas de higiene, prevenir situaciones de riesgo, desmentir ideas erróneas de las prácticas de consumo y fomentar técnicas de venopunción higiénica y segura. Los estudios demuestran que ayudan a aumentar la conciencia de los riesgos de un mal uso de los utensilios de consumo y de la inyección en zonas de punción de riesgo, pues promueven las prácticas para reducir las sobredosis y las infecciones de transmisión sanguínea (Hope, Scott, Cullen *et al.*, 2015; Hope, Iversen, Cullen *et al.*, 2017). Además, se llevan a cabo estrategias para promocionar el cambio de vía, enfocadas a la transición inversa de la vía de consumo por vía parenteral a vías menos nocivas (pulmonar y nasal). Para ello, se promueve el uso de papel de aluminio bajo en plomo para el consumo de heroína o de pipas para el consumo de crack. Diversos estudios (Pizzey y Hunt, 2008; Leonard, Derubeis, Pelude *et al.*,

2008; Malchy, Bungay, Johnson *et al.*, 2011; entre otros) concluyen que la promoción de la salud y la distribución de material de consumo por vía pulmonar producen el cambio de vía en consumidores por vía parenteral y les reportan beneficios para la salud.

Adicionalmente a los talleres de prevención de sobredosis, se realizan programas de distribución de naloxona. Estos consisten en instruir a los consumidores para detectar situaciones de riesgo de sobredosis, saber identificarlas y actuar en casos de intoxicación (Majó, Ilundain y Valverde, 2009). En este último aspecto, se enseña a realizar reanimación cardiopulmonar y a utilizar la naloxona, opioide antagonista para tratar las sobredosis de heroína. Diversos estudios demuestran que los usuarios sienten una alta satisfacción entrenarse y prepararse para administrar naloxona. De este modo, dichos talleres son recomendables para el entrenamiento en el uso y la distribución de naloxona con el objetivo de dar asistencia de sobredosis entre iguales (Bird, McAuley, Perry *et al.*, 2016; Banjo, Tzemis, Al-Qutub *et al.*, 2014).

Los servicios de análisis de sustancias son dispositivos para informar *in situ* o a través de internet del contenido de las dosis analizadas y, en su caso, informar de las sustancias dañinas e inesperadas a los consumidores. Este tipo de servicios se llevan a cabo en espacios festivos, pero, en los últimos años, han comenzado a desarrollarse también en los centros de reducción de daños.[8] Los objetivos de este tipo de dispositivos son los que resumo a continuación (Ventura, Fornís y Blanc, 2013): a) proporcionar y difundir información de la composición de las sustancias analizadas a los usuarios; b) transmitir pautas para un consumo bajo en riesgo mediante consejo breve; c) recoger información para estudiar el uso y la tendencia de nuevas sustancias. En espacios festivos se evalúa como una buena medida de reducción de daños en el uso de drogas (Rovira e Ibáñez, 2002; Vidal, Fornís, y Ventura, 2014). No obstante, se aconseja adaptar las medidas de prevención a los contextos locales para dar cobertura a la heterogeneidad de los colectivos de consumidores (Hungerbuehler, Buecheli y Schaub, 2011).

8 En el caso de las SCH, se han realizado estudios en el SAPS y CAS Sala Baluard, con la colaboración de Energy Control (Iannello, Delás, Aguas *et al.*, 2012). En ellos, se analizaron 17 muestras y se detectó que la cocaína contenía lidocaína, procaína, fenacetina, tetracaína, levamisol y disolventes; y en la heroína se hallaron paracetamol (en todas las determinaciones), cafeína y disolventes. Desde entonces, en ambos centros se han recogido y analizado muestras para informar de la detección de sustancias nocivas mediante listados disponibles a los usuarios.

Salas de consumo higiénico

Las salas de consumo higiénico (SCH) son espacios para consumir sustancias sometidas a fiscalización (heroína y cocaína), obtenidas en el mercado ilegal. En ellas, se garantiza un lugar y un material para el consumo higiénico y la supervisión de profesionales para dar atención en caso de sobredosis u otras complicaciones; además, es un espacio de acercamiento para los usuarios alejados de los servicios sociosanitarios (Clua, 2015). En España, las SCH se integran en centros sociosanitarios con equipos multidisciplinares donde se llevan a cabo programas de atención sanitaria, social y jurídica.

Los objetivos de las SCH se agrupan en los siguientes niveles de actuación (Clua, 2015; Hedrich, Kerr y Dubois-Arber, 2010; Potier, Laprévote, Dubois-Arber *et al.*, 2014): a) salud: dotar a los usuarios de un ambiente higiénico y seguro para consumir drogas donde se promocionan hábitos saludables para reducir la morbimortalidad, las sobredosis, las infecciones de transmisión sanguínea (VIH y hepatitis B y C) y las lesiones relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral; b) social: reducir la conflictividad comunitaria por el consumo en la vía pública, mejorar las relaciones con el vecindario y las fuerzas de seguridad y promover la vinculación de los usuarios con los servicios sociales y otras actividades de carácter ocupacional; c) orden público: reducir la criminalización de los consumidores, disminuyendo las infracciones por consumir en la calle y la intervención policial, así como disminuir el número de jeringuillas y otras parafernalias abandonadas en vía pública.

Diversas revisiones (Kennedy, Karamouzian y Kerr, 2017; McNeil y Small, 2014; Clua, 2015; Potier, Laprévote, Dubois-Arber *et al.*, 2014; entre otros) corroboran los efectos positivos de las SCH a todos los niveles. En las SCH, los usuarios integran mensajes preventivos y mejoran la práctica de consumo, con lo que reducen los comportamientos de riesgo para contraer infecciones por VIH y las hepatitis B y C, y de sufrir sobredosis (Boyd, Lavalley, Czechaczek *et al.*, 2020; Krüsi, Small, Wood *et al.*, 2009; Small, Moore, Shoveller *et al.*, 2012). Del mismo modo, los usuarios reducen el consumo en vía pública y otros entornos de riesgo y el abandono de jeringuillas en vía pública (Kimber y Dolan, 2007; Jozaghi y Andresen, 2013). En las SCH los usuarios sienten que pueden recibir atención social y de salud, y pedir ayuda para conectar con otros servicios con el fin de recibir tratamiento y atención social (Jozaghi y Andresen,

2013; Kappel, Toth, Tegner *et al.*, 2016; Kerman, Manoni-Millara, Cormier *et al.*, 2020).

Las SCH se perciben como espacios para escapar de la violencia y otros riesgos sociales asociados al consumo en vía pública (McNeil y Small, 2014). En estudios realizados en SCH de diversas ciudades europeas y Canadá, los usuarios comentan que estas instalaciones son una forma de evitar la violencia cotidiana entre usuarios, el estigma y la violencia estructural por la intervención policial (Clua, 2020a; Duncan, Sebar, Lee *et al.*, 2019; Kappel, Toth, Tegner *et al.*, 2016; Small, Moore, Shoveller *et al.*, 2012). En estudios realizados con mujeres usuarias (Fairbairn, Small, Shannon *et al.*, 2008; McNeil, Small, Lampkin *et al.*, 2014; Boyd, Lavalley, Czechaczek *et al.*, 2020), se concluye que las SCH son un lugar de refugio y reposo alternativo para mediar las relaciones de poder y abusos de compañeros en la vía pública y fortalecer la agencia para llevar a cabo la práctica de consumo.

Otros trabajos resaltan las barreras de acceso, externas e internas, que limitan a los usuarios en el uso de las SCH. Entre las limitaciones de las SCH, se critican los turnos de espera para consumir, los horarios de apertura, la rigidez de las normas y las molestias con otros usuarios y con el personal (Kappel, Toth, Tegner *et al.*, 2016; Clua, 2020a; Small, Ainsworth, Wood *et al.*, 2011; Small, Shoveller, Moore, 2011). En otros casos, las barreras de acceso se relacionan con la vergüenza y el miedo de ser interceptado en controles policiales rutinarios en las inmediaciones de las SCH (Krüsi, Small, Wood *et al.*, 2009; Bardwell, Strike, Altenberg *et al.*, 2019; Clua, 2020a). Por el contrario, en otros estudios se remarca que los usuarios establecen un fuerte compromiso con las SCH al establecer relaciones favorables, compasivas y no estigmatizantes con los profesionales y una buena interacción con otros usuarios (Duncan, Sebar, Lee *et al.*, 2020; Kerman, Manoni-Millara, Cormier *et al.*, 2020; Rance y Fraser, 2011). En estos casos, los usuarios dicen encontrar un espacio sociable, tranquilo y atractivo donde se sienten apoyados y mitigan experiencias negativas relacionadas con la vida en la calle (Duncan, Duff, Sebar *et al.*, 2017; Clua, 2020a).

Una breve historia de la reducción de daños en España y Barcelona

En el Estado español, tras la caída del régimen franquista en 1975, hubo cuatro procesos que condujeron al *problema droga* en España (Gamella, 1997): a) la rápida expansión de formas de alta intensidad de consumir drogas; b) una intensa alarma social e institucionalización para combatir el problema; c) una nueva economía, sumergida, dedicada a la producción y distribución de drogas, y d) el desarrollo de un problema de salud pública que condujo a una crisis sanitaria y que, bajo la influencia de los *mass media*, fomentó la sensación de inseguridad ciudadana.

Esta rápida expansión del consumo de drogas produjo serios problemas de salud pública durante los años ochenta y principios de los noventa. El consumo de drogas por vía parenteral y la aparición del VIH y su rápida transmisión asociada a estas prácticas provocaron una serie de problemas de salud y sociales que fueron difíciles de abordar por la ineficacia de las políticas públicas establecidas. Durante años existió rechazo a la puesta en marcha de los programas de reducción de daños para reducir los índices del VIH y las muertes por sobredosis. Se estima que, en la primera mitad de los años ochenta, se registró la máxima incidencia de los problemas del consumo de heroína; y su mayor visibilidad, a principios de los noventa. El mayor impacto de muertes por sobredosis se produjo en 1991-1992 con más de 1700 muertes anuales, de las cuales el 90 % se relacionaban con el uso de heroína. Los diagnósticos de VIH tuvieron mayor impacto entre 1993 y 1995, con más de 3500 casos anuales, y la mortalidad por VIH en 1995-1996, con casi 4300 muertes anuales (De la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany *et al.*, 2006). Probablemente, la confirmación de los diagnósticos del VIH durante la primera mitad de los noventa se deba a una mayor eficacia en los sistemas y protocolos del control de la enfermedad, en la mayor fiabilidad de las pruebas confirmatorias del VIH, en la creación de dispositivos específicos para llevar a cabo estas pruebas y en la concienciación de los consumidores para realizárselas. Probablemente, muchos de ellos ya habían adquirido el VIH años atrás.

En el Estado español, la reducción de daños se puso en marcha tarde y con serias dificultades. La alarma social supuso el rechazo comunitario de llevar a cabo este tipo de estrategias (Martínez Oró y Pallarés, 2013:31-32). Al comienzo, médicos y jueces aunaron fuerzas para hacer frente al problema. Los médicos, a partir de la experiencia que existía en torno al alcoholismo, dirigieron su acción, fundamentalmente, a alejar al indivi-

duo de la sustancia. Lo que se correspondía, desde una óptica sanitaria, con aislar el foco infeccioso y tomar las medidas oportunas, para impedir su propagación (Magrí, 1997:221-222). Por otro lado, se pusieron en marcha comunidades terapéuticas, centros que sirvieron como alternativa a la prisión a aquellos consumidores que cometían actos delictivos para el sustento del consumo. En el peor de los casos, les correspondía ingresar en prisión, donde, hasta finales de la década de los ochenta, no se puso en marcha ningún tipo de tratamiento para las drogodependencias.

Desde estas perspectivas fue difícil defender el modelo de reducción de daños, pero la evidencia científica permitió que estos programas se abrieran paso paulatinamente en un contexto hostil (Martínez Oró y Pallarés, 2013:32).[9] Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) fueron una de las primeras medidas para contrarrestar los efectos negativos del consumo de heroína. Esta terapia sustitutiva de los opioides ya se había autorizado en 1983, con una orden ministerial que se servía de *carnés extradosis*, pero con la creación de Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 se restringieron estos tratamientos. Desde el PNSD se impulsaron servicios públicos para el tratamiento de drogodependencias enfocados a la abstinencia y, con el fin de establecer criterios y normativas estrictas en el desarrollo de los programas de metadona, se provocó una disminución del acceso al tratamiento de este fármaco y de la continuidad en el; se pasó de 5000 usuarios en 1985 a 1000 en 1987 (Parés y Bouso, 2015:15). En 1990, para buscar soluciones al problema del VIH/sida, se regularon los tratamientos en centros específicos con el Real Decreto 75/1990, de 19, con el objetivo de paliar la desorganización de la prescripción. Finalmente, en 1994 se sustituyó el carné extradosis por la receta médica y se flexibilizaron las posibilidades de uso en 1996, lo que produjo una expansión de los PMM por todas las comunidades del Estado (Parés y Bouso, 2014:15; Romaní, 2004:183).

En el caso catalán, bajo las propuestas del Pla d'Acció a les Drogodependències 89-91, los PMM se regularon desde los centros de atención y

9 Entre las diferentes entidades científicas y de intervención en el campo de drogas, cabe mencionar al Grup Igia, que operó en Barcelona entre 1984 y 2014 (véase Romaní, 2017). Entre sus publicaciones referentes en la movilización de las políticas de drogas, son de suma interés «Repensar las drogas» (González, Funes, González *et al.*, 1989), «Contextos, sujetos y drogas» (Grup Igia y col., 2000), «No en la puerta de mi casa» (Sepúlveda, Báez y Montenegro, 2009) y «Apuntes para la promoción de intervenciones con pares» (Llort y Borràs, 2013), entre otras.

seguimiento a las drogodependencias (CAS) en 1991 (Manzanera, Torralba, Brugal *et al.*, 2000). Entre los años 1992 y 1994, se amplió la oferta asistencial de los CAS, que se implantaron en muchos distritos de Barcelona y municipios de Cataluña. La experiencia se diversificó con la llegada de los juegos olímpicos del 92, se puso en marcha el primer programa piloto de PMM en prisión (prisión de hombres de Barcelona, La Modelo) y comenzaron a circular dos unidades móviles de dispensación de metadona para dar cobertura a los usuarios con difícil acceso a los CAS; en 1992 en la ciudad de Barcelona y, en 1993, en la periferia de esta.

Paralelamente, ya se venían promocionando desde 1988 los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) en barrios de Barcelona y Bilbao. Al principio, eran programas de calle, dedicados a la recogida de jeringuillas desechadas en la vía pública. A partir de 1991, para dar más cobertura, se diversificaron en diferentes modalidades de PIJ (Romero, Oviedo-Joekes, March *et al.*, 2005): programas en locales y dispositivos fijos, programas en farmacias, máquinas dispensadoras/intercambiadoras y programas en unidades móviles. Un buen ejemplo es el caso catalán: desde 1990 se reparten jeringuillas en farmacias, en 1991 se puso en marcha la primera experiencia de unidad móvil, en 1993 se instalaron en centros fijos (en los CAS y los centros de reducción de daños) y en 1999 se instalaron máquinas dispensadoras/intercambiadoras en los municipios de Terrassa y Reus. En 2008, Cataluña contaba con más de 500 puntos PIJ, lo que suponía más de la mitad de los PIJ del Estado español, que distribuían alrededor del 30 % del total de jeringuillas (MSPS, 2009: 35-36).

Estos programas de reducción de daños resultaron eficaces, pero en los años noventa se produjo la *alarma de la cocaína*. Esta sustancia se asociaba a *consumidores de éxito* dentro de un contexto no marginal, de ocio y de uso ocasional, pero también se esclareció que su uso se había extendido entre los consumidores de tipo *heroinómano* y *exheroinómano* (Díaz, Barruti y Doncel, 1992). Los primeros mezclaban cocaína con heroína (*speedball*) para contrarrestar los efectos indeseables de la heroína, los segundos la utilizaban como vía de escape en situaciones ocasionales. El creciente número de consumidores compulsivos/disfuncionales de cocaína provocó un aumento de demanda de atención sanitaria y social que conllevó un reciclaje en los equipos de los CAS, para atender la especificidad de unas necesidades diferentes a las de los consumidores de heroína.

A mediados de los años noventa, continuaron aumentando los puntos de PIJ y se diversificaron los PMM: se inició la dispensación en farmacias

para usuarios estabilizados y se comenzó a hablar de los *programas de baja exigencia*, que no perseguían la eliminación total del consumo de heroína u otras sustancias, sino una mejora en la calidad de vida de los consumidores. A su vez, aparecieron los primeros tratamientos del VIH/sida, que ofrecieron esperanzas y nuevas expectativas de vida a los usuarios de drogas y a la población en general infectada por el virus. Este hecho, junto con la ampliación y diversificación de los programas de reducción de daños y un rechazo al uso del consumo de drogas por vía parenteral, favoreció la disminución de los casos de sida en el colectivo de consumidores de drogas. Sin embargo, pese a los resultados positivos de estas acciones, se precisaron otras estrategias de acercamiento a los consumidores en activo, como los centros de emergencia o centros de reducción de daños y los equipos de calle (*outreach*). Un ejemplo es el SAPS de Creu Roja de Barcelona, abierto en 1993. Estos centros comenzaron a ofrecer servicios sociosanitarios específicos a consumidores de drogas en activo mediante programas de reducción de daños, cobertura de necesidades básicas (duchas, alimentación, etc.) y atención social.

También aparecieron las primeras asociaciones de usuarios de drogas y se potenció la figura del agente de salud.[10] Las asociaciones de usuarios nacieron como reacción a la propagación del VIH y la necesidad de los usuarios de tener voz para reclamar sus derechos y participar en las políticas de drogas. Las primeras experiencias se localizaron en Cataluña y se crearon alrededor de servicios de drogodependencias que trabajaban desde la óptica de reducción de daños. Dos ejemplos son AUPA'M, creado alrededor del bus intermunicipal de dispensación de metadona en 1994, y ASUT, creado alrededor del SAPS de Creu Roja en 1997. Desde AUPA'M se impulsó la revista *El Blues del Metabus* y se comenzaron a organizar actividades de tiempo libre y ocio, y programas de reinserción laboral y de educación sanitaria (de Andrés y Hernández, 1998:66; Sánchez, 2001). En el caso de ASUT Barcelona, se formalizó un grupo de usuarios y profesionales, siguiendo el modelo de ASUD Marsella, para agitar las políticas públicas y defender los derechos de las personas usuarias de drogas (Borrás, Carbonell, de Andrés *et al.*, 2000:77-78).

El consumo de drogas durante los años noventa se caracterizó por un cambio generacional que rechazaba el consumo de heroína por vía pa-

10 Para saber acerca de las asociaciones de personas usuarias y educación entre iguales, véase Llort (2013) y Llort y Borràs (2013).

renteral, lo que, a su vez, propició un cambio en los planteamientos de la prevención (Martínez Oró y Pallarés, 2013:26). Esto conllevó una disminución de la alarma y la preocupación respecto a las drogas. Se produjo una cierta normalización del consumo de drogas que se acompañó de una modificación en las estrategias de promoción de la salud hacia la reducción de riesgos. Se evidenciaba que los jóvenes consumían drogas de forma ociosa y que lo iban a seguir haciendo, por lo que se precisaban intervenciones para reducir los potenciales riesgos derivados del consumo de estas. Entre las medidas de prevención nació, en 1997, Energy Control, colectivo dedicado, desde entonces, a editar materiales gráficos y visuales sobre reducción de riesgos de drogas utilizadas en el ámbito de ocio; y que lleva a cabo una acción preventiva con su presencia directa en los espacios de ocio. Energy Control asesora sobre la composición de las sustancias mediante diversas formas de análisis y un sistema de alertas *in situ*. Como estrategia de comunicación, difunde la información sobre los efectos negativos de sustancias perjudiciales detectadas a través de las redes sociales (Rovira e Ibáñez, 2002). También, en 1998, el Institut Genus puso en marcha en Barcelona el Observatorio de Nuevos Consumos de Drogas en el Ámbito Juvenil. Este observatorio tenía el objetivo de conocer la evolución de dichos consumos para adecuar las intervenciones preventivas, primarias y secundarias, y poner en práctica políticas de reducción de riesgos y daños (Pallarés y Díaz, 2003).

Sin embargo, los problemas relacionados con el uso de drogas por vía parenteral o pulmonar se mantuvieron muy localizados en reductos marginales. La apuesta de la Administración y los movimientos de usuarios y profesionales propiciaron una renovación y puesta en marcha de nuevos programas de reducción de daños: las salas de consumo higiénico (SCH) y los programas de prescripción de heroína (PPH). Las primeras experiencias de SCH se iniciaron en mayo de 2000, en el Dispositivo de Venopunción Asistida (DAVE) del barrio de compraventa de drogas de las Barranquillas de Madrid; en mayo de 2001, en el espacio de venopunción asistida del programa de reducción de daños del barrio de Can Tunis, de Barcelona, y en noviembre de 2003, en la SCH en la ciudad de Bilbao y el SAPS de Barcelona (Clua, 2015; Ilundain y Markez, 2005). Desde entonces, la actividad de las SCH se ha desarrollado básicamente en Cataluña, especialmente en el área de Barcelona.

En relación con los PPH, en España se han llevado a cabo dos ensayos, uno en Granada y otro en Cataluña. En Granada, entre 2003 y 2004, se

puso en marcha el Programa Estudio de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía (PEPSA), que seguía las pautas del modelo suizo (Iraurgi, 2009:209). El PEPSA se definió como:

> Un estudio comparativo, aleatorizado y abierto entre la prescripción diversificada de agonistas opioides apoyada en la diacetilmorfina administrada por vía intravenosa y la prescripción de metadona por vía oral, ambas en procedimientos individualizados y protocolizados, con apoyo médico-psico-social, durante nueve meses en el tratamiento de pacientes dependientes de opioides que hayan fracasado en tratamientos anteriores. (Aguilar, Verdejo, López *et al.*, 2008)

Comenzó con un grupo de 41 pacientes, 23 en el grupo experimental y 18 en el grupo de control. Tras la primera fase del ensayo 2003-2006, una veintena de pacientes siguió en tratamiento, pero no se amplió el programa (Iraurgi, 2009). En el caso catalán (Colom, Casas, Pérez de los Cobos *et al.*, 2012), entre 2004 y 2006, se trataba de un ensayo con opioides por vía oral, distribuido con tres grupos de control de 15 personas (45 pacientes en total) mediante la dispensación de metadona, morfina de liberación lenta y heroína de liberación rápida. Los resultados demostraron que los pacientes mejoraron en diferentes áreas (síntomas de abstinencia, el deseo, el estado de ánimo, la ansiedad y la impresión clínica) en cada grupo por separado, pero no se apreciaron diferencias estadísticas entre los diferentes grupos de tratamiento.

Salas de consumo higiénico en Barcelona

El 17 de octubre de 1986, se eligió a Barcelona para la celebración de los Juegos Olímpicos de 1992. Esta decisión conllevó una remodelación de la ciudad bajo el mandato de Pasqual Maragall (PSC), fueron necesarios cambios urbanísticos y sociales para acoger la llegada al evento de turistas, deportistas y asistentes durante el verano de 1992. Se trazaron líneas de actuación para reducir la delincuencia, la prostitución y el consumo de drogas en el centro de la ciudad. Se llevaron a cabo intervenciones policiales que desplazaron la venta y consumo de drogas a zonas periféricas de la ciudad. El barrio de Can Tunis, situado en la falda de Montjuïc, junto a la Ronda del Litoral, concentró dicha actividad; también se intensificaron las escenas de drogas de ciudades vecinas, por ejemplo, en el barrio de Sant

Cosme, del Prat de Llobregat; la Mina, en Sant Adrià de Besòs; Sant Roc, en Badalona, o la Masia Espinós, en Gavà.

En poco tiempo, Can Tunis se transformó en escenario abierto de drogas de Cataluña. Hacia finales de los años noventa, la mayoría de los usuarios de drogas de la ciudad y alrededores acudía a este barrio a adquirir dosis de heroína o cocaína a bajos precios que oscilaban entre 1500, 2000 o 3000 pesetas (9, 12 y 18 euros, respectivamente). Aunque en este barrio se permitía comprar y consumir drogas, se produjeron numerosas intervenciones policiales contra los vendedores y los usuarios de drogas. Estos accedían desde el centro de la ciudad a Can Tunis con el ya desaparecido Bus 38, conocido como el *yonquibus*; y en numerosas ocasiones los interceptaban los oficiales de policía. Para evitarlo, muchos consumían en lugares apartados, en bajas condiciones de salubridad y donde sufrían ataques de otros consumidores.

Ante los problemas detectados en Can Tunis, las Administraciones responsables tomaron una serie de medidas. En 1994, Àmbit Prevenció, con la provisión de fondos de la Agència de Salut Pública de Barcelona, puso en marcha un punto de intercambio de jeringuillas (PIJ) de lunes a viernes, durante tres horas matinales, y las tardes de los sábados. Por su lado, Médicos sin Fronteras, con la provisión de la Generalitat de Catalunya, prestaba el mismo servicio que Àmbit Prevenció por las tardes de lunes a viernes, durante dos horas diarias. Ambos servicios se mantuvieron en marcha hasta 2001. Además, entre 2000 y 2001, se sumó de forma voluntaria la asociación de usuarios y profesionales ASUT Barcelona para llevar a cabo el mismo servicio los domingos y festivos (Ilundain, 2004).

En junio de 2001 la gestión del Programa de Reducción de Daños de Can Tunis pasó a la Associació Benestar i Desenvolupament (ABD), que sustituyó a la entidad Àmbit Prevenció debido a ciertas carencias de acreditación como empresa de esta asociación (Ilundain, 2004). La atención se extendió a todos los días del año de 9 a 15 h. Al principio, se trataba de un camión para realizar el PIJ y dar atención sanitaria básica, y de una furgoneta lanzadera que servía para traer materiales y al personal del dispositivo (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003; Ilundain, 2004). En mayo de 2001, varios profesionales de este programa visitaron el dispositivo de venopunción asistida (DAVE) de Madrid y decidieron impulsar la puesta en marcha de una SCH en Can Tunis (Ilundain y Markez, 2005). Esta SCH se instaló en septiembre de 2001; consistía en una carpa desmontable de unos nueve metros cuadrados en la que cabían tres personas (Anoro, Ber-

nabeu, Ilundain *et al.*, 2003; Ilundain y Márkez, 2005). Hacia mediados de noviembre del mismo año, la entidad responsable consiguió un autobús que se habilitó como dispensario con una enfermería, PIJ y almacén, y destinó el camión furgoneta para la SCH (Anoro, Bernabeu, Ilundain *et al.*, 2003). El nuevo espacio se puso en marcha a principios de 2002 con cinco plazas (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003).

Mientras tanto, se preparaba la demolición de Can Tunis para principios de 2004, que anunciaba la reubicación y dispersión de los vecinos por diferentes barrios de Barcelona y alrededores.[11] Los vecinos, que no estaban de acuerdo, iniciaron una batalla con la Administración para llegar a acuerdos en la conformidad de los realojos que dio lugar a cierres momentáneos en la venta de drogas hacia finales de 2003. Esto generó la dispersión de los consumidores hacia otros barrios de venta de drogas desprovistos de servicios de atención sociosanitaria. En aquel entonces, la alcaldía de Joan Clos y su grupo político (PSC) estaban inmersos plenamente en los preparativos de la feria del Fòrum Universal de les Cultures[12] para el verano de 2004. El único refuerzo realizado, hacia finales de 2003, fue la apertura de una SCH de dos plazas en el SAPS de Creu Roja, centro nocturno de reducción de daños, situado en el céntrico barrio del Raval (Clua, 2011; Fuertes, Kistmacher y Díaz, 2008). Con Can Tunis ya demolido, se reabrieron y potenciaron varios puntos de venta de drogas en los barrios de Ciutat Vella y Nou Barris. En consecuencia, se generaron quejas vecinales en estos distritos por el aumento de venta de drogas y la presencia de usuarios que provocó inseguridad ciudadana.

11 El desalojo del barrio de Can Tunis, para ceder los terrenos para la ampliación del puerto, estaba anunciado desde mediados de los años noventa; sin embargo, quedó como tarea pendiente del Ayuntamiento de Barcelona durante años. Finalmente, el barrio se derribó a principios de 2004, tras largas protestas y negociaciones con los vecinos del barrio. Para una mayor documentación, véase el documental *Can Tunis*, de José González Morandi y Paco Toledo (2007), donde se relata la gestión del desalojo en paralelo con la situación de exclusión social de los consumidores y vecinos de este barrio.

12 El Fórum Universal de las Culturas 2004 consistió en un evento en el que, a lo largo de cinco meses, hubo exposiciones, espectáculos y congresos relacionados con el desarrollo sostenible, las condiciones para la paz y la diversidad cultural. Este evento se ubicó en el recinto de Diagonal Mar, hoy en día convertido en un espacio para festivales de música y otros eventos de carácter cultural.

Como reacción, en junio de 2004 se hizo público el *Manifiesto de Can Tunis*,[13] plataforma de profesionales, usuarios, académicos y entidades dedicadas a la atención de drogodependientes que protestaban por la crisis generada por el derribo de Can Tunis y la precariedad en la provisión de servicios de atención a los consumidores por parte del Ayuntamiento de Barcelona. En este manifiesto se denunciaba la fuerte presión policial hacia las personas usuarias de drogas y se criticaba el desbordamiento de las listas de espera para acceder al tratamiento de drogas, así como la ocultación por parte de los medios de comunicación de la crisis social y de salud que había. En respuesta, en verano de 2004 se tomaron varias medidas de emergencia: se reforzó la zona de Can Tunis con una unidad móvil con dos plazas de consumo (Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013), se abrió el centro de reducción de daños El Local, de la Mina de Sant Adrià de Besòs, con dos plazas de consumo por vía parenteral (Ilundain y Márkez, 2005) y se puso en marcha un protocolo para el inicio de los usuarios en un PMM de bajo umbral, además de reforzar los PIJ en diversos dispositivos sociosanitarios.

No obstante, la venta y consumo de drogas se intensificó en los distritos de Nou Barris y de Ciutat Vella, lo que generó un pulso entre vecinos, comerciantes, usuarios de drogas y políticos responsables de la ciudad. Con ello, la Agència de Salut Pública de Barcelona anunció la apertura de dos SCH que, presumiblemente, se esperaba poner en marcha en Ciutat Vella y Nou Barris. Sin embargo, en el distrito de Nou Barris, la fuerte presión policial dispersó la venta y los consumidores a otros barrios cercanos, con lo que la instalación de la SCH quedó aparcada. En el caso de Ciutat Vella, a finales de 2004 se trasladó el equipo de Can Tunis a la Sala Baluard, un centro sociosanitario con seis plazas para el consumo por vía parenteral, próximo al SAPS de Creu Roja (Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013). Este consistía en un local de sesenta metros cuadrados para dar atención sanitaria básica, servicio de higiene y alimentación, asesoramiento y seguimiento a las drogodependencias, un PMM de bajo umbral y trabajo de calle con educadores sociales y agentes de salud. La noticia generó temor en los vecinos y comerciantes, quienes comenzaron a recoger firmas y repartir escritos en los comercios en contra de la existencia de *narcosalas* (SCH) en la zona.

13 Véase el *Manifiesto de Can Tunis*. Disponible en: <http://barcelona.indymedia.org/newswire/display/99155/index.php> [visitado 9 de julio de 2021]

A su vez, se anunciaron dos nuevas SCH: el CAS de Vall d'Hebron y la unidad móvil de Zona Franca. A finales de abril de 2005, se puso en marcha la unidad móvil de Zona Franca, con tres plazas para la venopunción asistida y disponible de lunes a viernes de 18 a 22 h; estaba próxima a los bloques de venta de drogas del barrio Eduard Aunós, conocido como las *casas baratas* de la Zona Franca. El dispositivo no causó quejas en los vecinos del barrio al situarse en un lugar alejado de la zona comercial y de la actividad de la venta de drogas. No obstante, el CAS Vall d'Hebron, centro que se instaló en los jardines del hospital universitario y que consistía en una nave prefabricada de ciento veinte metros cuadrados con un espacio de venopunción asistida de tres plazas, no tuvo el mismo recibimiento. Antes de su apertura, el 22 de junio de 2005, se produjeron movilizaciones vecinales y destrozos del pabellón acompañadas de retenciones de tráfico en la Ronda de Dalt. Las asociaciones de vecinos basaban sus quejas en que, con la puesta en marcha del dispositivo, se trasladaba el problema surgido en Nou Barris, se atraía a traficantes y consumidores de drogas. Desde su apertura hasta finales de abril de 2006 hubo quejas semanales acompañadas de cortes de tráfico en la Ronda de Dalt, acoso a los profesionales, actos vandálicos al centro y enfrentamientos con los mossos d'esquadra, la policía nacional y la guardia urbana; además de denuncias para provocar el cierre del dispositivo. Finalmente, tras las cuarenta y cuatro manifestaciones, el 3 de abril de 2006, el CAS Vall d'Hebron se trasladó a un edificio adjunto del hospital, de trescientos metros cuadrados, lo que condujo al cese gradual de las protestas vecinales.

Pese a las diferentes aperturas de SCH por la ciudad, la mayor parte de la venta y consumo de drogas se concentró en el barrio del Raval. Gracias a la apertura de la Sala Baluard junto con la atención del SAPS de Creu Roja, el Àmbit Prevenció y el CAS de Creu Roja (situado en la calle Junta de Comerç hasta finales de 2009), la situación del barrio mejoró considerablemente y se redujo la presencia de consumidores y de jeringuillas usadas en vía pública. Entre 2007 y 2008 se produjeron más de 60 000 consumos anuales en las SCH de Barcelona, la mayoría de los consumos se concentraron en la Sala Baluard (49 864 en 2007 y 53 678 en 2008) y en el SAPS (6 651 en 2007 y 9 686 en 2008). Además, los diferentes centros de reducción de daños de Barcelona repartieron más de 250 000 jeringuillas por año; y se recuperaron alrededor de 200 000 desde estos espacios. Por su lado, en El Local de la Mina aumentó su actividad: hubo más de 9 000 consumos en 2007, cifra que se duplicó en 2018.

Mientras, en el Pla d'Acció de Drogues 2006-2008 (ASPB, 2006) se anunció una reorganización de los servicios de drogas de la ciudad que debía realizarse en dos etapas. Primero, actuar en las zonas de alta concentración de consumo, comenzando con las obras de ampliación de Sala Baluard en marzo de 2006 para pasar de sesenta a doscientos metros cuadrados (ASPB, 2006: 66). Segundo, aumentar hasta diez las SCH en los distritos de menos concentración de consumo para acercar los usuarios a sus lugares de residencia (ASPB, 2006: 66). Entre 2008 y 2009, la venta de drogas en Barcelona se concentraba, mayoritariamente, en el barrio de Zona Franca y Ciutat Vella (Brugal, Espelt y Guitart, 2009:17). Entre los planes del nuevo Ayuntamiento, se proyectaba eliminar y desplazar las escenas de droga desarrolladas en el centro de la ciudad. Para ello, entre 2008 y 2009, se emprendieron tres operaciones policiales, pero estas no tuvieron demasiado impacto, el 60 % de las jeringas desechadas se detectaron en vía pública en los barrios del Raval y Gòtic, tanto antes como después de las operaciones (Vecino, Villalbí, Guitart *et al.*, 2013). Durante 2009 se registraron en las SCH de Barcelona más de 80 000 consumos, 67 040 de los cuales en la Sala Baluard y 9552 en el SAPS. En aquella época, en ambos centros no se podía dar mayor cobertura y se formaban colas de espera para consumir en las SCH, lo que conducía en muchas ocasiones a que los consumidores abandonasen los centros y consumieran en la calle (Clua, 2011). Mientras, en El Local de la Mina también aumentaron los consumos a más de 22 000 en 2009.

Tras superar la crisis social que generó el CAS Vall d'Hebrón y la normalización de las SCH del Raval y de la Zona Franca, el debate de estos dispositivos tomó un cariz de disputa entre partidos políticos. Por otro lado, diferentes plataformas civiles daban apoyo a estos dispositivos bajo el argumento de que eran necesarios para hacer frente a los problemas sociosanitarios de los consumidores de drogas y mejorar el orden público. Sin embargo, hacia finales de 2009 se anunciaron recortes económicos en sanidad que afectaban a los centros de reducción de daños, sobre todo a las SCH del Raval, que soportaban la mayor actividad del consumo de la ciudad. En los años posteriores, se finalizó la puesta en marcha de SCH en todos los distritos. Primero, se inauguró el CAS Lluís Companys en formato CAS integral con espacio de reducción de daños (PIJ, SCH y talleres socioeducativos y sanitarios); este fusionaba el equipo del CAS Creu Roja con una parte del equipo del SAPS. Este cambio conllevó un recorte en la franja horaria del SAPS, se redujo una hora de atención entre semana

(pasó de cerrar a las 2 de la noche a cerrar a la 1) y se eliminó el turno de fin de semana. En el caso de la Sala Baluard, en junio de 2010, se transformó en CAS y pasó de abrir 22 horas diarias a reducir su actividad a horario diurno entre las 8:30 y las 22 h. Con estos cambios se eliminaba gran parte de la atención nocturna y del fin de semana para el consumo supervisado de drogas en el barrio del Raval.

En julio de 2011 finalizó el mandato en la alcaldía de Jordi Hereu, Xavier Trias (CiU) pasó a ocupar el cargo. Este Gobierno, con el apoyo del PSC, se mostraba a favor de continuar con el plan de puesta en marcha de SCH en todos los distritos. Tal como se acordó en el plan de 2009-2012 (Brugal, Espelt y Guitart, 2009), en 2012 se sumaron nuevas SCH en los CAS de Sants, Sarrià y Garbivent. Con todo, este plan no se correspondía con la situación de los mercados de droga ilegales en Barcelona;[14] cada vez más, la intervención policial fue desplazando la venta de droga a zonas del noroeste de la ciudad. Por este motivo, a partir de 2012 se pusieron en marcha nuevas SCH en las zonas fortalecidas. En enero 2012 se instaló un espacio con una plaza para el consumo por vía parenteral en el CAS Fòrum, situado en las proximidades de las casas de venta de drogas de la Mina, para dar atención de las 12 a las 19 h. Este servicio, en los últimos años, ha registrado de 4 000 a 6 000 consumos anuales. Asimismo, en julio de 2012 se puso en marcha el equipamiento de punción asistida (EPA) en horario diurno en el barrio de Sant Roc de Badalona, gestionado por la asociación Asaupam. Este servicio, en los últimos años, ha registrado un promedio de más 2000 consumos anuales. En agosto de 2013, el equipo de El Local de la Mina se trasladó a un nuevo complejo con ocho espacios de consumo (anteriormente tenía cuatro plazas) junto a uno de los bloques más conflictivos del barrio.

De un tiempo a esta parte, se ha producido el traslado progresivo de la venta y consumo de drogas al barrio de la Mina y alrededores. Al cierre de esta investigación, los datos eran esclarecedores. Entre 2009 y 2016, los consumos en las SCH de Barcelona pasaron de más de 80 000 a más 36 000 en 2016 y en El Local de la Mina aumentaron los consumos de más de 20 000 a más de 58 000 en ese mismo año (ASPCat, 2017). No obstante, como ya sabemos, los escenarios en los mercados de drogas ilegales son cambiantes y debemos estar atentos a su impacto en la población

14 Entre 2012 y 2020, el uso de estas SCH ha sido anecdótico o inexistente.

consumidora. Desde la alcaldía de Ada Colau y su grupo, Barcelona En Comú, en junio 2015, se ha continuado reforzando la oferta de servicios de atención a las drogas en la ciudad. Para saber más de la historia, remito a los lectores al *post scriptum*, donde se reflexiona sobre los cambios sucedidos en los últimos años y sobre la crisis social y de salud generada por el covid-19.

2. METODOLOGÍA

Los resultados de esta investigación son parte de la tesis doctoral que realicé, titulada *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona* (Clua, 2016). Esta investigación se centró en conocer las necesidades sociosanitarias de los usuarios de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico (SCH) y en evaluar las políticas de reducción de daños de Barcelona. La investigación se realizó en tres zonas de Barcelona con una fuerte escena de drogas —El Raval, Zona Franca y la Mina— (figura 1) en cinco servicios sociosanitarios que disponen de SCH. En esta investigación participaron usuarios de drogas, profesionales y técnicos municipales responsables de los servicios estudiados. Para la recogida de datos se emplearon técnicas cualitativas clásicas de la etnografía como la observación participante, las entrevistas semiestructuradas a usuarios, profesionales y técnicos municipales, y las entrevistas biográficas a los usuarios. Además, se recopilaron documentos como los planes de actuación sobre drogas de Barcelona, informes y memorias anuales sobre la actividad de los servicios estudiados —que sirvieron para conocer la dimensión institucional de los problemas de salud—, así como noticias periodísticas que aportaron datos históricos para reconstruir el contexto social y político en el desarrollo de las SCH (Clua, 2020b).

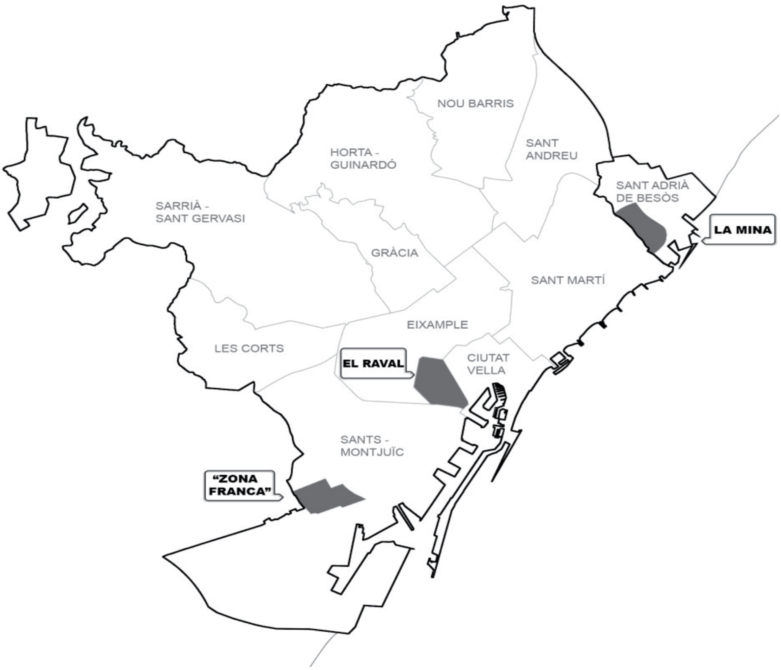


Figura 1. Escenas de venta de drogas estudiadas.

En el presente libro se ha querido dar voz absoluta a las personas usuarias de drogas. No es una cuestión de presentar unos resultados más *puros* o considerar la voz de los participantes como la única válida para analizar el problema de estudio, sino que mi trayectoria como profesional e investigador en el campo de las drogas me ha dado la suficiente licencia para desarrollar el análisis sin la necesidad de vincular la perspectiva de los usuarios con la de los profesionales que participaron en la investigación. Los resultados presentados hablan de las trayectorias de vida de los usuarios de las SCH y de la cotidianidad en estos dispositivos. Interpretar esta realidad social ha obligado a poner atención a los discursos y prácticas de sus actores principales. Mi función como investigador ha sido la de sumergirme en los relatos de los participantes y ordenarlos mediante el análisis de datos cualitativos. Mediante técnicas cualitativas he podido

recoger datos que hablan sobre las vidas de los participantes, lo que me ha permitido entretejer el mundo social en el que viven y obtener un sólido análisis de la realidad. Los objetivos principales del presente libro son los siguientes:

1) Describir los procesos de salud-enfermedad-atención y los itinerarios terapéuticos de las personas usuarias de drogas que acuden a las SCH de Barcelona.
2) Construir una tipología de usuarios de las SCH mediante el análisis de los estilos de vida.
3) Conocer las prácticas de consumo de drogas en distintos entornos (vía pública, viviendas y SCH).
4) Profundizar en las barreras y los facilitadores de acceso a las SCH.

Diseño y contexto de estudio

El planteamiento de esta investigación se inspiró en la propuesta de la epidemiología sociocultural, caracterizada por tres rasgos básicos (Menéndez, 2008): *a*) abarca en el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención, aspectos sociales y culturales, político-económicos, biológicos y ecológicos; *b*) articula aproximaciones estadísticas y cualitativas; *c*) analiza los actores sociales implicados en el problema de salud. En este sentido, se ha utilizado la etnografía como metodología de acercamiento a la realidad, que implica una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado en un mismo ambiente natural que permite acceder de manera inmediata a los datos de la realidad a nivel microsocial (Romaní, 1997; Bourgois, 2002). A su vez, la investigación guiada por los conceptos desarrollados en el marco teórico permite contrastar los datos y conceptualizaciones generados a nivel macro con los datos producidos a nivel microsocial para, así, orientar la intervención a un sólido conocimiento de la realidad (Romaní, 2010a; Bourgois, 2002). En esta propuesta, se utilizaron técnicas cualitativas para conocer las dinámicas establecidas en la vida cotidiana y las prácticas de los individuos y grupos sociales desde el contexto donde se producen (Ramírez, 2009). Mediante la inmersión en

el contexto, se profundizó en las trayectorias de vida de las personas que utilizan las SCH de Barcelona.

Para responder al objeto de estudio, al comienzo de la investigación en 2012 se seleccionaron tres servicios de atención a las drogodependencias donde se detectaba mayor afluencia de usuarios de drogas: CAS Baluard, SAPS y unidad móvil de Zona Franca. Durante este período de trabajo de campo se evidenció por informaciones de los usuarios, profesionales y otros investigadores que los consumidores de drogas se habían trasladado al barrio de la Mina de la ciudad vecina de Sant Adrià de Besòs. Esto me llevó a plantearme la inclusión de El Local de la Mina como unidad de observación, pero, por temas logísticos de este servicio, tuve que esperar. Mientras, solicité el permiso en el CAS Fòrum, que rápidamente me concedieron. Durante el trabajo de campo en el CAS Fòrum, volví a ponerme en contacto con los responsables de El Local de la Mina y conseguí un acuerdo para realizar trabajo de campo en este dispositivo. Durante esta última etapa, se recogieron datos necesarios para analizar los cambios de dinámicas entre las personas consumidoras de drogas de las SCH estudiadas (tabla 1) (ASPCat, 2017; Clua, 2015).

Tabla 1. Características de las salas de consumo higiénico estudiadas. Barcelona, 2012-2016.

Características	SAPS	CAS Baluard	Unidad Móvil de Zona Franca	CAS Fòrum	Centro Sociosanitario El Local
Ubicación	Centro de la Ciudad de Barcelona	Centro de la Ciudad de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Barrio periférico de Barcelona	Extrarradio, barrio de la Mina de Sant Adrià de Besòs
Organización	Creu Roja	Agència de Salut Pública de Barcelona, Associació Benestar i Desenvolupament	Agència de Salut Pública de Barcelona, Associació Benestar i Desenvolupament	Parc Sanitari Mar	Ajuntament de Sant Adrià de Besòs, Institut per a la Promoció Social i de la Salut
Horas de apertura	De lunes a jueves de 18:00 a 1:00, viernes de 13:00 a 20:00	De lunes a viernes de 7:00 a 22:00, fines de semana de 8:00 a 19:00	De lunes a viernes de 14:00 a 21:30	De lunes a domingo de 12:15 a 18:45	De lunes a viernes de 11:00 a 19:00, fines de semana de 11:00 a 15:00
Plazas de la SCH	2 (consumo por vía parenteral)	5 (consumo por vía parenteral), 6 (consumo por vía pulmonar)	3 (consumo por vía parenteral)	1 (consumo por vía parenteral)	8 (consumo por vía parenteral)
Programas y áreas del dispositivo	PIJ, Enfermería y Calor y café	PIJ, PMM, Enfermería y Calor y café	PIJ	PIJ, PMM, Enfermería y Calor y café	PIJ, Enfermería y Calor y café
Número de usuarios (2016)	562	2217	82	677	2092
Número de consumos en SCH (2016)	1599	32 181	489	2243	58 618

CAS = centro de atención y seguimiento a las drogodependencias; PIJ = programa de intercambio de jeringuillas; PMM = programa de mantenimiento con metadona; SAPS = servei d'atenció i prevenció sociosanitària.

La influencia de los mercados de las drogas y el traslado masivo de los consumidores de drogas al barrio de la Mina hicieron pertinentes los cambios en la estrategia de investigación, que proporcionó un entorno para la generación de una etnografía multisituada (Marcus, 1995). Con este planteamiento fue posible el seguimiento de los participantes que se movilizan por los diferentes servicios sociosanitarios estudiados. Estos imprevistos forman parte del trabajo de campo; y la etnografía es un diseño emergente ante los cambios en el contexto y los movimientos de los sujetos de estudio. De este modo, la movilización por los diferentes escenarios sirvió para adaptar el trabajo de campo a las características de la población estudiada y profundizar en el mundo social de los usuarios de las SCH.

Población de estudio y muestreo

La población de estudio son los usuarios de drogas que acuden a las SCH de Barcelona. Generalmente, son usuarios de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar. La muestra de estudio se compuso mediante el muestreo cualitativo y teórico. Este muestreo no persiguió agrupar a los entrevistados según criterios estadísticos, sino interpretar el fenómeno estudiado incluyendo tanto los casos comunes de usuarios que acuden a las SCH, como aquellos menos habituales que transitan por estos dispositivos. Con la muestra escogida se representa la diversidad de los usuarios comparando los diferentes elementos que configuran sus estilos de vida.

La selección de las personas entrevistadas se realizó en el proceso de definición de la tipología diseñada. Esta se constituyó durante el proceso de recogida de datos y generó *tipos sociales*, concepto próximo para la descripción de los estilos de vida: «constituyen, pues, cada una de estas categorías de comportamientos, estandarizados por la comunidad en forma de términos apelativos. […] Los documentos personales, así como la observación participante, juegan aquí un papel central, tanto para establecer los diferentes tipos, como para obtener las concepciones de sus propios roles que poseen los representantes de cada tipo social» (Pujadas, 1992:36). De este modo, durante el trabajo de campo se contactó con hombres y mujeres, españoles y extranjeros, que acudían a las SCH. Se tomó contacto directo y se conversó con los usuarios en las diferentes áreas de los servicios estudiados; se registró información que condujo a la construcción provisional de la tipología. Con la suma de nuevos casos y

la reinterpretación de las sucesivas anotaciones en las sesiones del trabajo de campo, se validó definitivamente la tipología del estudio. A partir de esta, se seleccionaron y escogieron nuevos usuarios para ser entrevistados, alguno de ellos propuestos por otros usuarios y profesionales —bola de nieve— (Shaghaghi, Bhopal y Sheikh, 2011). La muestra se compuso de usuarios que fueran mayores de edad. Se excluyó a los usuarios que presentaran una barrera idiomática o capacidades cognitivas o físicas que impidieran mantener una conversación estructurada. La recogida de datos se prolongó hasta la saturación de estos, se entrevistó formalmente a dieciséis personas usuarias de las SCH.

Técnicas para la obtención de datos

Se utilizaron dos técnicas de recogida de información: la observación participante y las entrevistas cualitativas, que comprenden historias de vida y entrevistas semiestructuradas.

Observación participante

La observación participante es una técnica que consiste en dos actividades simultáneas: observar sistemática y controladamente, y mantener un contacto personal e intenso con las personas estudiadas (Guber, 2001:57). Sus dos principios son el conocimiento social profundo de los actores sociales y la integración en la cotidianidad mediante una interacción continua y directa con los sujetos de estudio (Corbetta, 2007:305). La observación participante implicó el ejercicio de observar y participar estableciendo una relación de compromiso/separación que se fue regulando según las lógicas del trabajo de campo.

En los cinco servicios estudiados se realizaron observaciones de forma estructurada. Para ello, se interaccionó con los usuarios de las SCH en las diferentes áreas; por ejemplo, en las consultas de enfermería, en los puntos de intercambio de jeringuillas y en los espacios de consumo; se asistió a talleres de prevención de sobredosis; se estableció conversación con los usuarios en el momento de realizar el consumo o al intercambiar material higiénico en los programas de intercambio de jeringuillas y se tomó contacto con ellos en los Calor y café (zonas de descanso), programas de intercambio de jeringuillas o SCH para proponer la realización de

entrevistas. Además, se hicieron observaciones en vía pública para conocer las prácticas de consumo y discursos de los usuarios que en ocasiones no acuden a las SCH. Para ello se acompañó a los educadores de calle que realizan intervención comunitaria, se llevaron a cabo observaciones de las prácticas del consumo en vía pública (portales, descampados, etc.) y se entabló conversación con los usuarios de drogas. En total, se realizaron 259 sesiones.

Durante las sesiones de trabajo de campo se utilizó una libreta de pequeñas dimensiones para tomar notas rápidas. Al día siguiente, se redactaba el diario de campo con ayuda de estas anotaciones. En el diario de campo se anotaron todas las informaciones relevantes: reproducción de conversaciones con profesionales, técnicos y usuarios; interpretaciones de los discursos y prácticas de los usuarios y de las acciones de los profesionales; datos importantes para contrastar; informaciones relevantes para modificar la estrategia de investigación, y reflexión global de la sesión. En total se redactaron 1928 páginas de libreta DIN-A5.

Entrevistas cualitativas

Las entrevistas cualitativas se diseñaron en la primera etapa de la investigación. Conforme me fui familiarizando con las dinámicas de interacción con los participantes y fue aumentando mi conocimiento de la cotidianidad, los guiones de las entrevistas se fueron modificando hasta ser aptas para responder con mayor precisión a los temas y preguntas de la investigación. Una vez adaptado a la cotidianidad, procedí a negociar la realización de las entrevistas con la población de estudio. Tras las diferentes exploraciones durante las conversaciones informales, di paso a las entrevistas, situación en la que mi opinión y voz pasaron a un segundo plano con la intención de profundizar con más detalle que en las conversaciones ordinarias (Vallés, 2002).

Para el desarrollo de las entrevistas se tuvo en cuenta una serie de aspectos relacionados con el contexto, los sujetos y el consumo de drogas. Desde el contexto, fue necesario aprender en qué lugares o situaciones es más idóneo emprender una conversación intentando no invadir el espacio vital de los usuarios. En este ejercicio tuve que regular mi comunicación en las sucesivas entrevistas o encuentros para evitar el malestar entre los usuarios. Los usuarios de las SCH viven sujetos a un mundo de experien-

cias negativas (cárcel, enfermedades, acoso policial, etc.) que los conduce a un estado de ánimo de introversión y desconfianza. Están habituados a entrevistas, desde un interrogatorio policial hasta un proceso judicial o una visita con la trabajadora social; son unos expertos en este tipo de actividad. En muchos casos, tienen la sensación de estar respondiendo constantemente a las mismas preguntas, motivo por el que rehúyen entrevistas de estudios si no es a cambio de incentivos monetarios. Además, dependiendo de la situación personal que estén cruzando, algunas preguntas sencillas pueden tomarlas como ofensas, lo que genera conflictos entre entrevistado y entrevistador. De este modo, fue necesario respetar los momentos vitales de los participantes e iniciar la conversación o plantear entrevistas en los momentos adecuados. Por último, consumir drogas es un acto que pretende cubrir las expectativas del consumidor. Consumir heroína o cocaína tiene la función de mitigar el sufrimiento diario. En estos estados, los usuarios están inmersos en lógicas interpretativas apartadas de la realidad que no deben considerarse como erróneas o banales, sino que deben analizarse para comprender la función del consumo de drogas en el mundo social de los consumidores. Detrás de cada historia de vida existen unos razonamientos que han llevado a la persona a querer estar en otro lugar, a *viajar* a estados emocionales alterados y superar el sufrimiento diario. Bajo estas lógicas se respetaron las situaciones y los tempos para las entrevistas.

Hubo entrevistas biográficas y entrevistas semiestructuradas. La entrevista biográfica buscaba reconstruir los itinerarios de los usuarios que acuden a las SCH de Barcelona: definir los procesos de salud-enfermedad-atención y analizar los orígenes del malestar que conducen al consumo de drogas y a la búsqueda de atención según los diferentes modelos disponibles. La entrevista semiestructurada se planteó para profundizar en los estilos de vida y la cotidianidad de los usuarios de drogas en las SCH.

Las entrevistas cualitativas se registraron con una grabadora de audio y se trasncribieron en su totalidad. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado y un documento donde se detallaba el objetivo del estudio y se garantizaba el anonimato y confidencialidad de los datos según la ley de protección de datos vigente durante la investigación (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). Estos documentos fueron aprobados por la Comisión de Ética de la Universitat Autònoma de Barcelona

Entrevistas biográficas

Las entrevistas biográficas se utilizaron para recoger el proceso simbólico e interpretativo de las trayectorias de los consumidores de drogas en procesos de exclusión social. La historia de vida es «el relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia» (Pujadas, 1992:47-48). Existen diferentes modalidades para denominar al método biográfico[15] dependiendo del tipo de material biográfico —documentos personales o datos biográficos obtenidos por entrevista—, de la cantidad de participantes —relatos únicos o múltiples— o de la intensidad y la cantidad de entrevistas realizadas a una misma persona —por ejemplo, la historia de vida o relato de vida— (Pujadas, 1992; Feixa, 2006; Prat, 2004). En mi investigación hubo relatos de vida que se analizaron como paralelos. Esta modalidad[16] consiste en una acumulación de autobiografías para realizar

15 Para un mayor detalle y conocer en líneas generales las diferentes clasificaciones de los métodos biográficos, véase una explicación detallada en Pujadas (1992:47-57; 2000:135-150); sobre la historia de los métodos biográficos y diez propuestas de entrevista biográfica, véase Feixa (2006). Para conocer este método de modo más concreto y la relación entre las diferentes líneas, véase la diferencia entre autobiografía, biograma e historia de vida en Feixa (2006:13); para la diferencia entre historia de vida, relato de vida y testimonio, Piña (1988:136-137); para la diferencia entre autobiografía, historia de vida y relato de vida, Prat (2004:28-30). Sobre las autobiografías, véase Szczepanski (1978) o los ejemplos de «A tumba abierta: autobiografía de un grifota» (Romaní, 2015) y «Las historias de Julián», de Gamella (1990). La de Romaní (2015) trata sobre la vida del grifota el Botas desde la infancia/adolescencia hasta su vuelta a Barcelona, su paso por La Legión y sus idas y venidas por el territorio europeo, así como su conexión con los cambios políticos y sociales de la Barcelona rebelde de los años setenta y ochenta. La de Gamella (1990) desarrolla la trayectoria delictiva y del consumo de drogas de Julián, entretejida por varios relatos de familiares y amigos. Exactamente, es una historia de vida de relatos cruzados, a caballo entre los relatos de caso y los relatos múltiples; como apunta Pujadas es «una textualidad polifónica, dando entrada a un coro de voces secundarias que acompañan al solista, acercándose formalmente a la técnica de los relatos cruzados» (1992:144).

16 Sobre historias de vida de relatos paralelos, véanse varios ejemplos sobre consumidores de drogas en Funes y Romaní (1985) que realizan historias de vida a más de veinte participantes (hombres y mujeres) consumidores o exconsumidores de heroína en proceso de recuperación teniendo en cuenta el medio social (en los extremos, medio social *elitista* y *marginal*) y la década de inicio de consumo (años setenta y ochenta); en Pallarés (1996), que entrevista a cuarenta y un participantes (hombres y mujeres) que divide en tres grupos según medio

comparaciones, categorizaciones, establecer hipótesis teóricas y validarlas mediante la acumulación de evidencias, así como a establecer generalizaciones sobre un fenómeno concreto (Pujadas, 1992:52); la recolección de los relatos de vida y su análisis conjunto construyen la historia de vida de relatos paralelos.

Antes de proponer y realizar las entrevistas biográficas, me familiaricé con el ambiente a través de la observación participante para seleccionar y proponer las entrevistas a los usuarios en el lugar y el momento ideales. Para una buena gestión de las entrevistas, seguí unas *reglas de oro* (Pujadas, 1992:68-69): atar cabos entre los fragmentos de entrevista de los participantes; dirigir lo menos posible, hacer preguntas abiertas y solo intervenir para hacer aclaraciones, ampliaciones o para retomar cuestiones no suficientemente relatadas, y retomar las entrevistas para una segunda sesión, releyendo las partes de la entrevista anterior que retomarán el hilo de esta. El guion de la entrevista trató los siguientes temas: datos personales, situación socioeconómica, situación jurídica/penal, procesos de salud-enfermedad-atención y uso de drogas, y perspectiva de futuro.

Entrevistas semiestructuradas

Este tipo de entrevista cualitativa es una herramienta para recoger datos de forma abierta con cierto grado de control de los temas de análisis. A partir de un guion de temas, y una serie de propuestas de preguntas, se propuso un diálogo para indagar y profundizar de forma no directiva sobre temas de interés en la investigación (Vallés, 2002:21). La disposición de un guion no condujo a preguntar las diferentes cuestiones de forma cerrada y se concedió libertad para establecer la conversación. El orden de la conversación se estableció en la forma que fuera conveniente, se abrieron temas y se dirigieron las preguntas para obtener datos que permitieran profundizar en los temas de la investigación.

Con las entrevistas semiestructuradas se obtuvo información específica en un contexto relativamente íntimo que los usuarios no están dispuestos a dar en un contexto colectivo. Los guiones de las entrevistas se

social: alto, medio y bajo; y en Fornons (2009), que realiza historias de vida a quince participantes consumidores de drogas y que hayan pasado por la prisión de hombres de Barcelona, la Modelo: cinco personas que entraban por primera vez en prisión, ocho que llevaban varias condenas cumplidas y dos exreclusos.

diseñaron para responder a temas que emanaron de las reflexiones del diario de campo y de los indicadores de salud de esta población. Estos incluían preguntas deductivas sobre diferentes temas según el tipo de participante. Se recogió información sobre los siguientes temas: a) prácticas de riesgo del consumo de drogas; b) motivaciones de uso de las SCH; c) opinión sobre la normativa y funcionamiento de las SCH, y d) propuestas de intervención.

Análisis de la información

Se llevaron a cabo dos tipos de análisis. El análisis paralelo de los relatos de vida se empleó para trabajar los datos recogidos mediante las entrevistas biográficas. El análisis de contenido se utilizó para analizar el diario de campo y las entrevistas semiestructuradas.

Análisis de las historias de vida

Este análisis procura un entendimiento de las trayectorias de los participantes, relacionando su relato, con los datos obtenidos con otros participantes. El texto se enmarcó en su contexto, definiendo las situaciones analíticas en las que se sitúan (Prat, 2004:36-37). Siguiendo a Ferrarotti (2007), consistió en aprehender el nexo entre texto, contexto e intertexto; no solo de comprender el texto sino de habitarlo para reconstruirlo, vinculando texto con contexto.

La contextualización de los textos fue analizada en conjunto con los diferentes relatos de vida, bajo la intertextualidad, mediante la interpretación intersubjetiva e interdiscursiva de los diferentes participantes y los diferentes relatos de uno mismo (Ferrarotti, 2007). A lo largo del proceso de análisis de los relatos de vida analizados como paralelos, la organización de los textos adoptó consistencia para responder a la explicación de las trayectorias de los participantes de la investigación. Una vez alcanzada una saturación de conocimiento (Bertaux, 1993), ordené los diferentes temas significativos que trazan las historias de vida de los participantes, desde su infancia hasta la actualidad, recorriendo los procesos de salud-enfermedad-atención y los itinerarios terapéuticos, así como la institucionalización por dispositivos de la justicia y la incorporación de las SCH como estrategia de reducción de daños.

Análisis de contenido

Para las entrevistas semiestructuradas y los datos recogidos en el diario de campo se realizó un análisis de contenido. Este consistió en la interpretación y la comparación objetiva y sistemática de los datos a partir de algún denominador común (Bengtsson, 2016). En primer lugar, se analizaron los datos para construir provisionalmente la tipología de los estilos de vida de los usuarios de las SCH. Seguidamente, para definir cada una de estas categorías de comportamientos, se compararon en profundidad las características de los diferentes *tipos sociales* con unos criterios cualitativos. Los códigos generados se ordenaron y se compararon entre ellos para simplificarlos en etiquetas más precisas. Estos códigos permitieron identificar descripciones e ideas que se agruparon en familias temáticas para generar categorías que proporcionaron una explicación teórica de los estilos de vida de los participantes. Por otro lado, los materiales recogidos se codificaron de manera abierta, y a continuación, se elaboró un índice de conceptos que, a medida que se fue estableciendo cierta profundidad de los temas, se clasificó en categorías. De este modo, se generó un índice de temas que facilitó el tratamiento de los datos para responder a los objetivos de la investigación relacionados con las prácticas de consumo, el uso de drogas en distintos entornos y la perspectiva de los usuarios con respecto al funcionamiento y normativa de las SCH.

Para asegurar la credibilidad y validez de los resultados, el investigador realizó triangulación del análisis (Carter, Bryant-Lukosius, Dicenso *et al.*, 2014). Se realizó triangulación metodológica de las entrevistas semiestructuradas y las notas de campo, y de datos, mediante la participación de diferentes usuarios de las cinco SCH estudiadas.

3. LAS «CARRERAS» DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS

En este capítulo se analizan las trayectorias vitales de los participantes para describir las «carreras» de los usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. El objetivo es contextualizar los procesos de salud-enfermedad-atención y los itinerarios terapéuticos de los consumidores de drogas hasta el momento actual en el que utilizan los centros sociosanitarios con SCH. En primer lugar, se presenta formalmente a los entrevistados. Seguidamente, se analizan las historias personales, en las que se describen los hechos más relevantes de la socialización primaria y secundaria, hasta los primeros consumos de sustancias. Este análisis permite identificar los aspectos claves en las trayectorias de los consumidores.

Se observa que, en un comienzo, las drogas producen unos efectos paliativos, pero, llegados a un consumo intenso, los usuarios entran en una lucha diaria, donde el consumo de drogas guarda un carácter ambivalente: a veces produce bienestar, a veces sufrimiento. A medida que el consumo provoca más efectos adversos, se desencadenan una serie de decisiones e infortunios que conducen a toparse con la red sociosanitaria y el sistema judicial, o a tomar una serie de autocuidados para superar el malestar diario del consumo de drogas. A través de la articulación de los diferentes relatos analizados en este capítulo, procuro describir los itinerarios de los participantes hasta llegar a las SCH de Barcelona, acontecimiento que marca un *continuum* y una discontinuidad en sus procesos de salud-enfermedad-atención. Este análisis dará paso a la situación actual de los usuarios de drogas que acuden a las SCH.

Presentación de los informantes

Se presentan primero aquellos informantes con largos procesos de consumo intenso de drogas y se sigue con los que llevan trayectorias medias y con recientes itinerarios problemáticos. No necesariamente estos se ordenan

de los más adultos a los más jóvenes pues, en algunos casos, encontramos inicios en los procesos de salud-enfermedad-atención en edades tardías.

Este capítulo se compone mayormente por aquellos participantes a los que se entrevistó formalmente. No obstante, en algunas partes se recogen relatos que surgieron en conversaciones informales, registradas en el diario de campo, que se consideraron de interés para los diferentes temas desarrollados en el análisis de las historias de vida. La parte dedicada a los usuarios de origen extranjero se compone exclusivamente de relatos de personas a las que no se entrevistó formalmente, sino que se registraron sus testimonios en el diario de campo.

Ramón. Se trata del participante más veterano de la muestra, con una trayectoria de más de treinta años de consumo de drogas. Lo conocí durante una etapa de privación de libertad en el centro de atención y seguimiento (CAS) Brians 1, donde ejerzo de enfermero.[17] Ramón, tras salir de la cárcel y no encontrar soluciones a sus problemas vitales en los diferentes dispositivos de atención sociosanitaria durante el último año (2012), había intensificado su consumo, pasó de consumir heroína por vía pulmonar en días ocasionales a desarrollar un patrón de consumo diario de heroína y cocaína por vía parenteral, además de la toma de benzodiazepinas compradas en el mercado ilegal más las suministradas por las recetas obtenidas en el CAS. Realizaba un seguimiento irregular del tratamiento con metadona y no acudía siempre a los controles de orina estipulados desde medidas penales alternativas por varios delitos (robos con fuerza). Era un usuario que recorría las diferentes SCH, centros de reducción de daños del barrio del Raval y de la Mina y sus alrededores. Así se presentó:

> Tengo 51 [nacido en 1962] y nací en Córdoba. No acabé los estudios, llegué a cuarto de primaria. Solo dentro de prisión fui a la escuela en el 89, en La Modelo… Siempre he trabajado de estraperlo [sin contrato], pocas veces con contrato. Actualmente, me están buscando trabajo y tengo los papeles del grado de minusvalía. […] Tengo cuatro hijas y un niño. Son siete en total, pero declarados, cinco. Tengo a la pequeña que no la veo porque no quiere su

17 Desde el año 2002 ejerzo como enfermero en servicios de atención a personas usuarias de drogas. Entre 2002 y 2006, en la unidad móvil de dispensación de metadona de Barcelona; entre 2003 y 2005, en los servicios médicos de diferentes prisiones de Cataluña (centro penitenciario de hombres de Barcelona La Modelo, centro penitenciario de mujeres de Barcelona Wad-Ras y centro penitenciario Brians 1) y, desde 2005 a la actualidad, en el centro de atención y seguimiento (CAS) de Brians 1.

> madre. Estoy de líos con el abogado, me dice que no me acerque porque, si no, me pone una orden de alejamiento. No tengo amistades, no tengo apoyo porque todos están presos, muertos, con el bicho [VIH/sida]; por eso pienso en dejar de pincharme.

En su relato, Ramón explicaba que, pese a iniciarse en el consumo de heroína a finales de los setenta y principios de los ochenta, rodeado de un entorno de pobreza y delincuencia, tuvo tiempo para convivir con su pareja e hijos, trabajando y sin cometer delitos. Más adelante, explicaba sus problemas de pareja y con la justicia que le ocasionaron consecuencias negativas para mantener un contacto diario con sus hijos y otros familiares.

Juanjo. Lo conocí en el CAS Baluard, donde pasaba la mayor parte del día, pero lo entrevisté en el centro de día Espai VIHtal de ACASC,[18] lugar al que acudía con mayor frecuencia hasta mis últimos encuentros con él. Juanjo se describía con lucidez, pero con cierta dificultad para mirar al pasado por las ganas de emprender una nueva vida:

> Mis recuerdos, desde el principio, es haber esnifado algo, un poco y ya pasarme a pincharme [inyectarme], porque me sentaba mejor. Una vez probada la heroína, heroinómano para toda la vida. Tengo 50, nacido en el 64, en Barcelona. He vivido fuera, en Andalucía, he estado un tiempo en Madrid, Valencia, Málaga; en muchos sitios, unos dieciocho años en la cárcel. Mi vida ha sido la vida de las drogas y la delincuencia. Lo que pasa que en esta última etapa he conocido gente… He decidido dar un cambio totalmente, dar un cambio radical, he conocido gente muy interesante. Conocer a las asistentas es lo mejor que me puede haber pasado, pero de lejos. Ha sido en esta última etapa que me he encontrado gente que me ha ayudado.

Juanjo se describía como un superviviente de la época de los años ochenta. Su relato, aunque con muchas intermitencias debido a los cambios de ciudad y a su paso por prisión, se desarrollaba en un ambiente de pobreza, heroína y sida. Sin embargo, en el momento de la entrevista recordaba a las personas que le habían ayudado a dar un paso sustancial para mejorar su calidad de vida y tomar la decisión de ingresar en un piso terapéutico.

18 El Espai VIHtal era un centro de día para personas afectadas de VIH, ubicado en el corazón del Raval, donde se realizaban diferentes actividades sociolaborales y terapéuticas orientadas a mejorar la calidad de vida de sus usuarios. Cerró sus puertas a finales de octubre de 2021 por falta de apoyo y subvenciones por parte de las administraciones públicas.

Julián. Era un usuario del CAS Baluard y del SAPS, y un viejo conocido por su paso por el centro penitenciario Brians 1. Conocía de primera mano a su familia, sus hermanos que habían pasado por prisión y sus parejas sentimentales en los últimos diez años. De cultura gitana y residente en el barrio del Raval, pertenecía a una familia extensa dedicada al negocio de la venta de drogas y a la prostitución en diferentes ciudades del Estado español (Sevilla, Cáceres, Madrid y Barcelona). Sobrentendiendo que no me iba a contar nada nuevo, se presentó así:

> Julián es un chaval de 43 años [nacido en 1970], vive en Barcelona desde el 1995. Salió de Cáceres 2 [centro penitenciario], se juntó con una chavala, convivió con ella durante catorce años. Entró en la cárcel, la mujer le dejó estando preso, salió de la cárcel, recayó en las drogas, conoció a otra mujer, se juntó con ella, estuvo con ella tres años y, por el tema de las drogas, me he vuelto a separar de ella. […] He vivido en pisos, ahora estoy en la calle y me busco la vida como sea para poder sobrevivir. En mi familia éramos trece hermanos y seis han muerto de la droga. Hemos vivido aquí en el Raval. Con mi familia no tengo vínculo y de amistades, estoy solo. Van unidas al mundo de la droga.

Su relato se formalizaba en un bucle de entradas y salidas en prisión y en un continuo de intentos fallidos para dejar las drogas. Su situación, en el momento de la entrevista, se basaba en el consumo de cocaína por vía parenteral en días discontinuos y en el seguimiento del tratamiento de metadona. Parte de la entrevista se centró en la infección del VIH contraída en el último año y en la disyuntiva de ingresar en prisión o solicitar una medida penal alternativa para pagar sus condenas por robo y venta menor de drogas.

Esmeralda. Con ella había coincidido en prisión en una condena corta, años atrás. Pese a reconocernos, poco sabíamos el uno del otro. Nuestra relación antropológica se forjó durante las mañanas que acudía al CAS Baluard, donde realizaba seguimientos con la trabajadora social y otros profesionales para el cumplimiento de medidas alternativas relacionadas con robos menores y menudeo de drogas. Con un estado de salud delicado (VIH, hepatitis C, cardiopatía, trastornos del ánimo, etc.) pero una actitud entusiasta, el relato se desarrolló a un ritmo vertiginoso y con cierta discontinuidad en los sucesos de su trayectoria vital:

> Nací en 1974 en Granada capital. He estudiado EGB, me sacaron en octavo, pero ya tengo el graduado, porque me lo saqué en el talego [prisión]. Actualmente, ni estudio ni trabajo, porque no hay, pero, si no, trabajaría. Tengo problemas de corazón, pero cuatro horitas sí las podría hacer de cualquier cosa. Tengo la PNC [paga no contributiva] no por el VIH, sino por el corazón. También hepatitis C, pero del corazón estoy ahora de puta madre, tengo informes y dentro de poco me vuelven a sacar sangre y orina para el seguimiento. […] Tengo apoyo de la asistenta [trabajadora social] y los psicólogos, que me desahogo con ellos. Amigos tengo pocos, te quieren hundir. ¿Ves?, con Vanesa soy amiga [está a su lado], le pido cualquier cosa y se enrolla. La conozco de cuando estábamos en Can Tunis, hemos trabajado juntas, nos hemos buscado la vida juntas, son muchos años, somos de las pocas que quedamos vivas. Somos guerreras.

Esmeralda me explicó sus problemas con la justicia con la esperanza de quedar absuelta o, en el peor de los casos, tener que cumplir medidas alternativas. Finalmente, no surtieron efecto los diferentes informes de las trabajadoras sociales del CAS Baluard y SAPS, y medio año después de la entrevista nos volvimos a ver en la prisión de Brians 1, esta vez con un conocimiento de su presente y pasado más reciente. No obstante, no la volví a entrevistar.

Vanesa. Era amiga íntima de Esmeralda. En el momento de la entrevista, llevaba algo más de un año en el programa de metadona del CAS Baluard y viviendo en el Raval, en casa de su madre. Mi acercamiento se debió a la sugerencia de una psicóloga del CAS en el turno de mañana. Vanesa acudía de lunes a viernes a tomar la metadona y estaba en régimen de *take-home* para los fines de semana, aunque me confesó que consumía heroína ocasionalmente para salir de la rutina. Con cierta lentitud en el habla por su desgaste físico, su presentación fue la siguiente:

> Nací en el 1973 en Barcelona. Estudié EGB hasta octavo. He trabajado de dependienta. Desde los 16 a los 20 estuve en una pollería; y de los 20 a los 22, en una zapatería; y ya. A partir de allí de me dieron lo del paro y ahí comienza todo. […] Vivo en casa, no siempre he vivido en mi casa. Hace poco estuve en la calle. He estado unos mesecitos, pero no más de un año. Nunca me había pasado y toqué fondo. Vivo con mi mama y mi hermano aquí en el barrio. He hecho las paces con mi madre y mi hermano. Llevo medio año con mi madre, es muy reciente. He salido de la calle porque vino mi madre a buscarme aquí, si no, no sabría dónde estaría. No sé si estaría viva o muerta. Hay una relación

> muy fuerte, muy buena. Me dio una hostia y me dijo tira *pa'lante* y para casa. Eso no se olvida. Qué vergüenza pasé.

Vanesa me explicó su recorrido de consumo de drogas y los diversos paréntesis efectuados por ingresos en comunidades terapéuticas y una larga estancia en el Hospital del Mar por una mala experiencia en el barrio de Can Tunis.

Edgar. Lo conocí en prisión y nuestro reencuentro sucedió en el SAPS en un período en que Edgar estaba inmerso en un consumo intenso de cocaína por vía parenteral y buscándose la vida, con largos recorridos diarios entre el barrio de la Mina y el del Raval. Así se presentó:

> Soy Edgar y nací en el 1974, en Barcelona. Estudié graduado escolar y COU. Acceso a la universidad y Derecho. Esto lo hice de 2002 a 2008, en Brians 1. Actualmente, estoy con los ninis, ahora mismo ni quiero, ni puedo ni nada. He trabajado de comercial, camarero, cocinero…, pero siempre sin contrato hasta 2003. Desde entonces, entrando y saliendo de prisión. Actualmente, no trabajo, hace cuatro meses salí de prisión y estoy arreglando temas personales y no me da para trabajar.

Cabe decir que Edgar comenzó un cambio de sexo de mujer a hombre hace unos cinco años, en el momento de la entrevista. Esto, en principio, no suponía un problema en su relación con los diferentes usuarios y profesionales de los diferentes centros de reducción de daños de Barcelona. Sin embargo, este hecho sí era una traba para ingresar en una comunidad terapéutica por no cumplir los requisitos. Durante un tiempo, le perdí la pista y hacia finales de mi trabajo de campo, en el barrio de la Mina, retomé mi relación con él, esta vez con un consumo más estable en El Local. Su consumo de cocaína había disminuido y buscaba diferentes maneras para dejar de vivir en la calle.

Alexis. Chica transgénero, usuaria del CAS Baluard. En mis primeros contactos, mantenía un consumo intenso de cocaína y heroína por vía parenteral, pero en el momento de la entrevista había comenzado a consumir menos y se planteaba buscar una medida terapéutica para dejar las drogas. Alexis era muy conocida en el barrio del Raval, tanto por su trayectoria personal como familiar, muy ligada a la venta y consumo de drogas. Así se presentó:

> Me llamo Alexis y soy más femenino que masculino. Nací en el Raval en el 1981. Estudié… No llegué a octavo de EGB porque cogí a la profesora del cuello. Yo tenía una vida muy ajetreada, tenía que cuidar de mi hermano, llevarlo al colegio, tenía que estar todo el día con él. Mi padre estaba preso, mi madre estaba presa, lo tenía que cuidar yo. En mi casa solo se veía droga y droga, nunca han trabajado. Mi madre solo trabajó de joven, de los 15 a los 18, hasta que se quedó preñada. Se casó, tomaba drogas, probó los tripis [LSD] en los años ochenta, heroína y se enganchó por la nariz. […] A mi madre la teníamos que cambiar porque se meaba y se cagaba encima. Ya le empezamos a poner pañales. Mi madre tenía el sida y se tomaba veintiocho o treinta pastillas diarias. No es como ahora, que te tomas tres pastillas, yo me tomo dos Kaletra y una Truvada [antirretrovirales]».

Tuvimos varias conversaciones a lo largo de mi trabajo de campo en el SAPS y el CAS Baluard. Su recorrido vital era un intenso proceso de delincuencia y consumo de drogas. Le perdí la pista en mis últimos días por el CAS Baluard por una entrada en prisión a causa de un cúmulo de condenas por hurtos.

Dave. Usuario ocasional del SAPS y el CAS Baluard, consumidor exclusivo de heroína por vía parenteral que seguía tratamiento de metadona en el CAS Garbivent. Era un usuario que acudía a los centros con SCH los días posteriores al cobro de la prestación económica PIRMI (renta mínima de inserción), sobre el día 25 de cada mes; si bien, era un gran conocido por los profesionales y otros usuarios por etapas de consumo más intenso. Tenía un aspecto muy cuidado y un carácter afable, siempre estaba dispuesto a hablar de música rock y las conspiraciones de la vida moderna en el marco de la llamada crisis. Se presentaba así:

> Nací en 1978 en Barcelona, en la Vall d'Hebron. Yo, la verdad, que, de estudios, muy poco, porque era muy malo; pero he estudiado la EGB hasta octavo. Lo de antes, tengo el certificado de escolaridad y el graduado no lo tengo. […] He trabajado de autoventa, de comercial. Antes en la Vanguardia, cuando había tanto trabajo; cogías y mirabas y siempre había trabajos. Y era un apartado de correos, tenías que enviar tu currículum y seleccionaban a veinticinco personas. Entonces, una de esas veinticinco personas era yo y me eligieron. Fue muy guapo, porque era una empresa muy grande, llegabas, te hacías tu café, ibas bien vestido… No me acuerdo cuántos años tenía… ese fue mi primer trabajo. Luego, a raíz de ese trabajo, ya vienen cosas más fuertes, ¿sabes?.

Su vida estaba marcada por la muerte del padre, los problemas familiares, el consumo intensivo en la época de la fiesta[19] y la muerte de su hija, que lo llevó a un proceso intenso de búsqueda de ayuda en diferentes servicios de la red asistencial de drogas.

MIGUEL. Lo conocí en su paso por Brians 1, siete años atrás. Coincidimos en la unidad móvil de Zona Franca y le fue difícil reconocerme. Que recordara su nombre y apellidos, y una serie de anécdotas le llevó a saber quién era yo. Eso ayudó a restablecer una relación de confianza que pronto dio sus frutos etnográficos. Pude seguirle la pista desde la unidad móvil de Zona Franca hasta su posterior traslado al barrio de la Mina. Era consumidor exclusivo de cocaína por vía parenteral, en los días posteriores al cobro de la prestación social. Su relato guardaba ciertos paralelismos con Dave, que también perdió a su padre siendo un adolescente. Se presentó así:

> Me llamo Miguel, nacido en Barcelona en el 81. Estudié en dos colegios y del último me expulsaron y empecé a caer en picado. Me pasaron de sexto a octavo y antes de los 14 años apenas iba, pero me saltaba muchas clases y, cuando llegué a los 14, ya no fui más. No iba porque mi cabeza se iba a robar, iba con gente más mayor, como siempre, ellos no iban a colegio ni nada y yo me iba a atacar, no solo hacer pellas [no acudir a clase], sino con el cuchillo a la peña a «dame eso». Hacía robos con intimidación cuando era menor. Cuando era mayor ya lo he comprendido un poco más y no lo he vuelto a hacer.

En los últimos días de mi trabajo de campo en la Mina, Miguel desapareció. Meses más tarde, ya inmerso en la fase de análisis de mis datos, me contaron que Miguel había sido detenido y estaba en prisión por robos con fuerza.

ERIKA. Era amiga de Miguel. La conocí el día que lo entrevisté. Después de seis meses de abstinencia y de su vuelta a casa de sus abuelos, había vuelto a visitar la unidad móvil de Zona Franca para consumir cocaína por vía parenteral. Se la conocía como una *chica de la recta* (*la recta* es la calle Mare de Déu del Port, donde se ejerce la prostitución en este barrio), su relato fue el siguiente:

19 Por *fiesta* me refiero a los peregrinajes por las macrodiscotecas de música mákina de Catalunya durante la década de los noventa.

> Me llamo Erika, nací en el 1983 en Vic y vivo en Barcelona. Estudié EGB, luego a la ESO, pero no me la saqué; fui a un colegio de adultos para sacarme la EGB. He trabajado de teleoperadora, cajera, un poco de todo. No recibo dinero de ningún sitio porque no tengo cuenta, porque debo dinero en muchos bancos y porque no trabajo, no tengo ingresos. Me dedico a la prostitución, bueno, me dedicaba. Hace seis meses, como no me gusta esta vida, he vuelto con mis abuelos a intentar hacer las cosas bien. He vivido con mis abuelos, pero antes con mis padres adoptivos. Desde los 18, más o menos, que estoy con mis abuelos, también en la calle, porque he tenido problemas con ellos. Tengo apoyo de mis abuelos, pero su hija es mi madre, pero tengo apoyo…, pero es complicado. Aprendo de mí misma, es chungo porque no te han enseñado y tienes que aprender de ti misma.

No pude llegar a tener otro encuentro con Erika. Falleció de sobredosis de heroína en el barrio de la Zona Franca. Sin embargo, sí pude contrastar diferentes informaciones de ella a través de otros usuarios y profesionales de Zona Franca, el Raval y el CAS Fòrum.

Mick. Usuario ocasional de heroína por vía parenteral, en programa de metadona en el CAS de Sants y con problemas de consumo intenso de alcohol en el pasado. Nos conocimos sin habernos visto antes, pues un profesional del CAS Baluard le comentó mi trabajo y él accedió, al considerar que hablar de sí mismo le sería terapéutico. Así se presentó:

> Me llamo Mick, nací el 1981 en Barcelona. A los 9, hasta los 11, me fui a vivir a Mallorca con mi madre y padrastro. A los 11 volví a casa de mi abuela y a los 17 me fui de casa. Me hice mi primera novia y nos hicimos una okupa en Vallcarca. Allí estuvimos dos años, después dos años en casa de los padres de mi novia y dejamos la relación con veintiún años. Me fui a vivir otra vez con mi abuela. Allí estuve hasta los 25 y a los 24 tuve una hija con otra chica, y a los 27 me fui de casa, a una okupa en Les Corts, durante dos años. […] Entre medio de esa época, estuve como dos años vendiendo antigüedades y ahora con mi amigo restaurando muebles hace un año y medio. En los últimos tiempos, mis ingresos son trabajando de camarero. Hace tres meses, acabé en el último restaurante que estaba fijo, entre comillas. Cobraba unos 1200, ahora unos 200 euros por trabajar cuatro domingos. A veces, me voy a algún centro comercial conocido, me saco algún instrumento o pieza y lo vendo al momento. Así me he costeado heroína, alcohol y alguna otra cosa. En la actualidad, no lo hago, a veces pido un euro o dos por la calle sin ningún problema. Si tengo nueve euros y necesito un euro para pillar tema; lo pido, no robo nada. Pido o centro comercial, alguna vez.

Con Mick, coincidí en diferentes ocasiones en el SAPS y el CAS Baluard con motivo de una fiestecilla con colegas. En alguna ocasión, tuvimos tiempo de ir a tomarnos una cerveza para hablar de temas cotidianos y sobre su búsqueda de trabajo, debido a que el negocio de la restauración de muebles había caído en saco roto. En el verano de 2014, me lo encontré en mi barrio acompañado por su hija, una niña de 8 años que me mostraba con orgullo su nombre tatuado en el brazo de su padre. Mick me contó que estaba trabajando a tiempo completo de camarero en el bar de su primo.

Jonatan. Consumidor de cocaína y heroína por vía parenteral que pasaba sus días transitando entre el barrio de la Mina y el Raval. Viejo conocido por su paso por prisión, presentaba una falta de cuidado relacionada con el consumo intenso y la confirmación del diagnóstico de VIH en el último año. Así se presentó:

> He nacido en Barcelona en 1984 y estudié hasta sexto de EGB y luego dejé el colegio y me eché a la calle, me fui a consumir; y así toda la vida. No tengo ningún título. En la cárcel he estudiado algo de catalán básico, de matemáticas… Tengo una disminución psíquica porque nací prematuro, con un trastorno de personalidad; eso me pone en los papeles. […] Me he criado en Cornellà, en casa de mi madre, lo que pasa con 15 o 16 años ya empecé a consumir cocaína esnifada y a salir, a trasnochar y a no aparecer por casa. Aquello ya era un desastre. A los 17, mi madre le pidió ayuda a mi padre y empecé a trabajar. Estaban separados. Mi padre vivía en Sitges. Entonces le dijo, mi madre le dijo: «Mira, Pedro, no puedo con el crío, a ver si lo pones en vereda, que yo no puedo más. Ha dejado el colegio, pasa de todo». Entonces mi padre me cogió para trabajar y ahí empezó el desfase.

Jonatan acabó ingresando en prisión, tras varias propuestas de tratamiento irrealizables en comunidad terapéutica. Durante un buen tiempo, mantuve el contacto con él en prisión. Tras unos meses alejado de la familia, su madre lo visitaba semanalmente y había recuperado cierta confianza en él.

Javier. Consumidor que pasaba largos ratos en el CAS del Fòrum con su novia, Cris, de la que hablaré a continuación. Seguía un tratamiento con metadona en ese CAS y consumía, exclusivamente, cocaína por vía parenteral. Vivía en la calle y pasaba los días buscándose la vida de un lugar a otro y buscando un refugio para pasar la noche. Pese a su carácter tímido

y mirada evitativa, forma de expresión que empleaba habitualmente con los diferentes profesionales de las SCH, no tuve dificultad para hablar con él. Así se presentó:

> Me llamo Javier, tengo 28 años [nacido en 1985] y he nacido en Barcelona. Siempre he vivido con mis padres, últimamente con la pareja y hace tres años que vivo en la calle. Estudié la ESO y un cursillo formativo de lampistería. No he hecho ningún curso en la actualidad. He trabajado en la obra de lampista, de los 17 a los 21. Después, he trabajado de peón construyendo torres, también estuve en mi tienda de animales. La llevé con mi mujer dos añitos. Actualmente, lo tengo todo parado por el tema de la droga. Recibo dinero de mendigar, pidiendo en metros y en la calle. Con mi familia no tengo contacto porque hemos tenido unos problemas familiares. Me voy a mirar una prestación social, pero no tengo. He hecho algún trapi [venta menor de drogas], pero normalmente me busco la vida pidiendo. He robado tiempo atrás, pero ahora no. Actualmente, no tengo contacto con mi familia, ni llamadas, ni saber cómo estamos.

Durante los nueve meses que mantuve contacto con Javier, no hubo ningún cambio en sus costumbres. Inmerso en una rutina diaria junto a su novia, fue difícil percibir un giro en su cotidianidad.

Cris. Era la pareja de Javier y su estilo de vida no difería mucho del de él. Era mucho más habladora, su vida también estaba marcada por problemas en el seno familiar y un pasado relacionado con un consumo intenso de alcohol. Esta fue su presentación:

> Me llamo Cris, tengo 29 [nacida en 1985] y nací en Barcelona, pero mi vida ha sido en Mataró. He vivido con mis padres, pero mi relación no ha sido, básicamente, buena con mi padre. […] Con mis hermanos me llevo bien hasta un cierto punto, me han llegado a tener envidia porque con mi marido he tenido la casa, la torre, el negocio y nos han tenido envidia. Nos distanciamos un pelín, pero la cosa se arregló, pero bueno. […] Actualmente, no tengo ingresos. Yo pido en el metro. Tengo a mi perro, que tiene un año y siete meses, con él me busco la vida en el metro. No tengo ninguna pensión ni me ayuda la familia; no por tonta, porque, si quisiera, mi madre me ingresaría. Yo pido y no hago ningún trapicheo ni nada.

Cris, como Javier, no presentó cambios sustanciales a lo largo del trabajo de campo y, durante ese tiempo, continuó pidiendo dinero por el metro y consumiendo cocaína por vía parenteral en el CAS Fòrum.

KIKE. Usuario del CAS Baluard, donde fumaba platas (consumo de heroína por vía pulmonar), y del SAPS. En ambos centros, realizaba actividades de carácter sociolaboral y talleres de educación sanitaria. Tenía una estética punk y estaba muy vinculado a movimientos sociales y políticos, su acercamiento surgió por el interés por colaborar en mi proyecto. Kike también tenía un proyecto en esta etapa de su vida; con ayuda de la asesoría jurídica del CAS Baluard, quería promover unos talleres para que los consumidores de drogas conocieran sus derechos ante la ley y la intervención policial. Su presentación fue la siguiente:

> Soy gallego y tengo 35 años [nacido en 1978]. Estudié hasta tercero de BUP. Hice cursos de 800 horas de soldador, alicatador, informática, de seguridad en refinería, de carretillero… Hice cursos compatibles con el trabajo o cuando no estaba trabajando; algo que me ayuda es la formación. He trabajado, básicamente, con todo aquello que tenga que ver con la metalurgia. Soy oficial de primera y tengo carné de camión. Llevo dos años sin trabajar. […] Desde que llegué a Barcelona, viví siete años en un piso, tuve un desahucio que vino la policía a joderme; estuve en okupas, ahora me procuro una habitación para solicitarme una Pirmi [pensión de renta mínima de inserción] y tener unos ingresos del Estado asegurados y, en cuanto tenga eso, no descarto volver a okupar en una casa donde no haya un ambiente de drogadicción, que seamos pocos y organizados.

A lo largo de su relato y en diferentes encuentros, Kike refería que nunca había caído tan bajo. En su situación, se acusaba con la pérdida de trabajo, problemas jurídicos relacionados con movimientos políticos en Galicia y un consumo intenso de heroína que calificaba como preocupante. Kike deseaba restablecer su vida laboral para dejar de consumir y volver a sus actividades habituales.

BERTA. Usuaria del SAPS y del CAS Baluard. Pasaba prácticamente todo el día en ambos centros, consumiendo en días ocasionales cocaína y heroína por vía parenteral. Tenía ciertos problemas de salud mental declarados, nuestro encuentro surgió por iniciativa suya. Pese al entusiasmo mostrado desde un inicio, la entrevista no aportó demasiados datos; al tocar temas familiares, dejó de contestar y empezó a responder con evasivas. Para saber más de ella, utilicé espacios más informales y propicié conversaciones *fortuitas*. Su presentación fue la siguiente:

> Me llamo Berta, nací en 1967 en Mollerussa. He estudiado administrativo, hice el primer curso de empresariales, administración, y luego hice una graduación de agente inmobiliaria en Reino Unido. Actualmente no estudio nada. He trabajado vendiendo propiedades, vendiendo pisos en los últimos diez años; antes estaba estudiando. Ahora llevo dos años en la calle y sin trabajar. [...] Mi relación con la familia es lejana, tengo algunos amigos. [...] He estado en prisión dos años en Reino Unido por encubrir a una persona. Le acusaban de algo muy serio, un delito fiscal. Cumplí condena y me vine a España.

A lo largo del trabajo de campo en el Raval, Berta desapareció en varias ocasiones, de forma intermitente, debido a varios ingresos en centros de salud mental y unidades de patología dual. No obstante, siempre tuvimos largas conversaciones sobre su lucha personal y temas de carácter cotidiano.

La entrada en el mundo de las drogas

Los participantes comienzan el consumo de drogas en diferentes situaciones muy alejadas del encuentro con la red asistencial en drogodependencias y el circuito jurídico-penal. Muchos se iniciaron en el consumo de drogas antes de los años noventa, cuando aún no se habían puesto en marcha los programas de mantenimiento con metadona (PMM) en los CAS (Manzanera, Torralba, Brugal *et al.*, 2000). Además, el recorrido para llegar a las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona no empezó de manera inmediata en las personas que conocí a lo largo del trabajo de campo. Por ello, es necesario un análisis de las trayectorias previas a la decisión de usar las SCH, expandidas por Barcelona desde el año 2001.

Entre las personas entrevistadas y registradas en el diario de campo, los procesos de consumo intenso de drogas con consecuencias negativas se producen por diferentes factores que desarrollo en los sucesivos apartados de este capítulo. El consumo de drogas y sus consecuencias difieren dependiendo de los momentos históricos de la expansión de las drogas y sus usos. Entre los más veteranos, se produjo en una época con poca información relacionada con los riesgos y daños del consumo de drogas. En el caso de Juanjo, el consumo de heroína por vía parenteral comienza bien temprano, a principios de los ochenta, siendo un adolescente. Así lo describió:

Yo empecé a consumir como todos los yonquis. A los 16 ya me pinchaba bien. En la vía del tren, había muchos campos en Barcelona. No íbamos solos. Éramos muchos y lo de la jeringuilla era más complicado, te las tenías que pasar y por eso nos lo pasábamos, no controlábamos lo de la jeringuilla. Ya se oía aquello, pero no teníamos el concepto de que aquello era una enfermedad. No se hacía caso, hasta que empezó a morir gente por culpa del sida. Cuando consumes… Es que decirte lo contrario es tontería, la heroína es lo mejor que existe en este mundo. No existe algo mejor, no existen dolores, no existe cansancio, mientras tomas heroína eres dios. Lo que pasa que lleva un riesgo total, que te enganchas a ella y luego la necesitas más que comer, más que respirar. Eso es así, el que te diga lo contrario… te diría la gran mentira. La heroína te deja en un estado perfecto, pero si te pasas te duermes y no la controlas, ese es el problema.

Por aquellos años, el consumo de heroína por vía parenteral llevaba una fuerte carga que se relacionaba con la exclusión social y la delincuencia en los barrios periféricos de la ciudad de Barcelona u otras ciudades del Estado (Usó, 1996:336-347). El dinero para costearse la sustancia se conseguía con atracos en joyerías y bancos; en otros casos, se robaba en farmacias para conseguir sustancias análogas. Por entonces, el consumo de cocaína no estaba extendido ni se relacionaba con el estilo de vida de los consumidores de drogas en situación de exclusión social. Ramón, que se inició hacia finales de los setenta, siendo un adolescente, lo explicó así:

Yo comencé a consumir con colegas, la heroína no era la de ahora, no había tanta coca, había lo que eran los optalidones [barbitúricos]. Eran como heroína, era puro corte, parecían lacasitos. Robábamos en la farmacia, también morfina. Íbamos tres o cuatro zumbando en farmacias. Pillábamos un coche, nos íbamos superlejos los cuatro; y para la farmacia. Lo hacíamos por la zona de Igualada, no había tantas alarmas y control como ahora. También fuimos una vez a un joyero…Yo me tiré dieciocho años tomando heroína; en aquella época íbamos a regazo de los mayores, mi madre tenía muchos hijos que controlar y no podía con todo. Se enfadaba, pero no podía, mi padre no estaba porque falleció.

Para los participantes de aquella época, el inicio del consumo de heroína se enmarca en un contexto en el que sus consecuencias se describen con plena normalidad. El sida, la prisión y las muertes por sobredosis estaban a la orden del día y hasta más tarde no se tomaron medios para intervenir y promover una mayor conciencia de los efectos adversos entre los consumidores. Julián y Juanjo relataron su experiencia:

> Empecé a consumir a los 16 años, yendo con colegas. Me di cuenta que tenía un problema por el vínculo que tenía con mis colegas. Todos estaban enganchados y yo era uno más. He tocado fondo hace tres años atrás, cuando me dio un chungo. Me dio una sobredosis y vi que ahí ya estaba perdido. Entrar en la cárcel no supuso caer bajo, porque para mí es más de lo mismo. (Julián)

> No recuerdo cuándo me infecté del VIH, realmente, lo que sé que lo tengo hace 18 años, es probable que lo tenga antes. Mi hijo tiene 25 años, la que era mi compañera, su madre, tampoco lo tiene. Es posterior a cuando tuve mi hijo, eso seguro. Estaba aquí, en Barcelona y me lo dijeron en la Modelo, en un control, en el período parece que fue. Allí empecé el tratamiento y te daban un chorro de pastillas. Fue en el 96 o 97, te daban combinados de ocho o doce pastillas. Se estaba probando, había pastillas que no existían. (Juanjo)

En los años noventa, normalmente, el inicio en el consumo de heroína no el mismo que a inicios de la década anterior. Durante esta etapa, ya se tomaban medidas preventivas y de promoción de la salud para evitar y reducir los daños producidos por el consumo de heroína por vía parenteral. En esta época, la oferta masiva de nuevas drogas en los espacios de ocio, como el éxtasis (Gamella y Álvarez, 1999; Usó, 1996:352-355), o la popularización de la cocaína (Díaz, Barruti y Doncel, 1992; Usó, 1996:347-352), inhibieron el acercamiento temprano a la heroína, sustancia que generó un gran desprecio entre los jóvenes por su mala fama y las consecuencias negativas asociadas. Sin embargo, la práctica de la inyección de heroína o cocaína persistía, aunque muy localizada en situaciones particulares de inestabilidad familiar y exclusión social. Dos ejemplos claros son Alexis y Miguel. Así lo explicaban:

> A los 15 años me metía mucha coca por la nariz. Con 16 años probé la aguja. Me gastaba 40 o 50 pesetas fumando y con 2000 pesetas [sic] por vena me duraba todo el día. Al día siguiente aún me levantaba atontadita, ¿sabes todo el dinero que ahorraba? Yo compraba a los negros que vendían para mi madre, todos los que vendían, vendían para mis padres. […] A los 16 me pinchaba y me ahorraba mucho dinero, yo no cogí el negocio, nunca. He vendido, pero no, porque me lo comía. Lo poco que ganaba no podía emplearlo otra vez. Tenía que volver a robar y me lo comía todo. Desde ahí, empecé a robar y a ir con gente mucho más mayor que yo. Ya iba con gente de 24 o 25 años, me iba tres meses de casa, viví con mi abuela. Vivía, pero no vivía, a lo mejor le decía que iba y nunca volvía. (Alexis)

> Empecé a consumir primero chocolate [hachís], probé una calada y me caí en redondo, porque me baja el azúcar. Con 14 años probé la cocaína con rayas.

> Con 16 lo probé por vena, pero no enganchado, escondido y tal. Tenía una clase de amigos que iban conmigo y luego me escaqueaba con los que eran drogadictos que tenían 40 años, 30 años; y yo tenía 16. Me iba a un piso de la esquina de mi casa de Badal. Me dejaba a mis colegas y me iba a fumar base [crack] y a pincharme también, pero engancharme engancharme, fue un poco antes de entrar en prisión que me enganché a la heroína a saco. (Miguel)

La mayoría de los usuarios de los barrios marginales se iniciaron en un consumo intenso a partir del grupo de amigos de referencia. En el caso de las mujeres consumidoras, sucede del mismo modo, aunque en alguna de las entrevistadas se detectaba el inicio del consumo intenso con sus parejas masculinas consumidoras en etapas de malestar o como muestra de fidelidad en el acompañamiento del sufrimiento. Esmeralda y Vanesa, dos iniciadas en el consumo por vía parenteral a principios de los noventa, así lo explicaron:

> Yo empecé con mi pareja, no lo sabía y lo pillé en el lavabo. «¿Qué haces tanto rato?», abrí la puerta y lo pillé. Y mira qué gilipollas, «tú sí, pues yo también». Si parí a los 18, eso fue con 16 o 17 años. Para parir me tuve que tomar una raya de heroína grande, porque estaba de mono. Por ahí no tomaba metadona; yo cuando la he tomado no ha sido más de un año. Son seis meses de subida, seis meses de bajada. (Esmeralda)

> A los 22 años me metí mi primer pico de coca que ni me enteré. No conocía el *flash*, antes había tomado coca y heroína por la nariz. Pillé un amigo que se chutaba y me metí. Así empecé hasta que me enganché a la coca, caballo y a la aguja y a su puta madre. Vivía en mi casa y me movía por el barrio. Hace dieciocho años se vendía mucho. Can Tunis estaba lleno, todos los que bajaban del autobús iban para allí. Yo me metí de lleno en el consumo porque lo quería probar, simplemente, y al final, mira. Tocaba el tema de uvas a peras, esporádicamente. Lo tocaba poco, no me iba a buscar la vida para eso. El primer pico fue con mi amigo, una pareja que yo tenía y lo quise probar. Él tenía experiencia. No sé nada de él. Ya empecé por mi cuenta. A los 23 o 24 años ya estaba enganchada, iba todos los días; y no podía ser. (Vanesa)

Pasada la segunda mitad de los noventa, el recorrido hacia el consumo de heroína y cocaína de forma intensiva no tenía lugar como en los casos anteriores. Los primeros consumos se producían en discotecas, *raves* y otros ambientes de ocio, espacios donde se consumen estimulantes —cocaína, éxtasis y *speed*— y alucinógenos —LSD y hongos— (Martínez Oró y Pallarés; 2013:26). Sin embargo, en la muestra estudiada y en diferentes registros del diario de campo, conocí a usuarios con capítulos anteriores

de consumo intenso de alcohol. Estos consumos son problemáticos y conducen a iniciar un itinerario terapéutico mucho antes de probar la heroína o la cocaína. Cris y Mick son dos ejemplos. Cris explicó:

> A los 12 empecé a fumar tabaco, después a tomar alcohol… Con el alcohol me tiré bastantes años. Desde los 13 hasta hace tres años me he tirado con el alcohol. Me voy controlando, a lo mejor bebo cada x tiempo. Porros a los 14 y la cocaína empecé tempranillo, a los 15, más o menos. Primero esnifado, por la nariz. Antes de pincharnos, fumábamos, hasta de estos dos últimos años. Antes de estos tres años, estábamos fumando base.

Cris situaba su problema con el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral a partir de los 24 años, pero, anteriormente, ya había estado en tratamiento en una comunidad terapéutica, por un consumo intenso de alcohol y cocaína por vía nasal:

> Estuve nueve meses en un centro (comunidad terapéutica) de Tarragona, con 23 años. Por el tema del alcohol y, en parte, de la coca. Por las dos cosas. Era un centro terapéutico, estuve tres meses encerrada y nueve meses sin ver a él porque no me lo dejaban ver. A mis padres, los veía los fines de semana. Era, más que nada, por el alcohol; porque ahí sí que me desfasé. Salí de ahí y entonces iba a psicólogos por cómo estaba en mi casa, con mi familia… Yo ya vivía con Javier. Estuve una temporada y volví a casa de mis padres. Me metí en un psicólogo porque todo me quedaba muy grande y me tuve que meter. Era por la familia, mis padres, por todo. (Cris)

Mick explicó cómo comenzó a consumir drogas y los problemas psicológicos que le llevaron a consumir alcohol de forma intensa:

> Yo, a los 14, fumaba porros y tomaba tripis, *speed*, pastillas [éxtasis]… La coca, a los 18; y no me gustó y casi no he tomado. […] Desde los 20 años que me diagnostican ansiedad y depresión social. Si bebo cinco voll-damms no pasa nada, pero si me voy de *rave* y me tomo cuatro litros de calimocho, cuatro cubatazas y cuatro voll-damms, me voy a dormir, me levanto, como y me voy al sillón y me dan ataques de ansiedad. Siempre después de beber alcohol. Me pilla de resaca; de normal, pocas veces. Aunque, a lo mejor, después de comer, me pongo una peli americana tonta y cuando empiezan a salir los créditos y estoy solo me coge ansiedad. Me cuesta respirar y se me duermen las manos; soy yo, que somatizo.

Estos problemas con el alcohol le llevaron a buscar tratamiento; y tuvo varios episodios de recaída con un consumo intenso:

> Yo al CAS fui por primera vez antes de tener a la niña en el 2004, me fui para dejar el alcohol. No había tomado aún heroína, pero estaba con la madre de mi hija. Me dijeron que no pintaba nada allí y que no era alcohólico. Bebía whisky y cerveza, ni Coca-Cola ni nada. Entonces, me llevaron a la Maternitat [Hospital Clínic] y me dijeron de ir lunes y viernes, para hacer muestras de orina; y así estuve un par de meses. Eso fue en el invierno antes del verano sin beber, volví al invierno siguiente, en febrero volví a beber a saco. Recaí y dejé de hacer las orinas.

Mick relataba cómo conoció a la madre de su hija y los problemas que tenía con el alcohol que condujeron a la separación definitiva tras una recaída:

> La madre de mi hija la conocí un verano de 2004, porque ese verano dejé de beber. Estuve antes en los Sanfermines tres días, luego una noche en Benicàssim, en la *rave* de al lado, tomé tripis… La cuestión, ese verano la conocí. Ella se metía *speed*, fumaba porros como una condenada, yo los dejé a los 20 años. Ella bebía alcohol, pero los fines de semana, entre semana bebía Coca-Cola. La conocí, yo estaba sereno y me tiré un mes para ligármela. Entonces eran las fiestas de Sants, yo estaba sentado porque me daba vergüenza, pero estaba claro y dije, venga, me tomé tres quintitos, la pillé por la cadera y ¡muah! Nos hicimos novietes; a los cuatro meses se quedó embarazada. Tuvimos la nena y a raíz de eso ya empecé otra vez a beber. Los fines de semana nos metíamos *speed*, yo alcohol y ella porros. Alcohol casi a diario. Algún día entre semana me tomaba algún tripi y *speed* en fin de semana juntos. Estuvimos un año juntos y ella estaba cansada por el tema del alcohol y yo le dije que haría un esfuerzo, lo dejé un mes, me quedé un fin de semana con la niña y ella se fue de fiesta. Así dos o tres meses y yo me quedaba en casa con un colega epiléptico que no puede beber y jugábamos a rol como cuando teníamos 14 años. Tenía 25 años y jugábamos a Magic, a la play como locos, así hasta las 6 o 7 de la mañana, llegaba la madre de mi hija con el puesto, con mis colegas de toda la vida, con bebida, cuando yo estaba intentado dejar el alcohol. Entonces yo le dije que estaba haciendo el esfuerzo y que no viniera con todos con bebida. Así cada finde con los dientes más largos. Le dije otra vez y volvía a salir a la semana siguiente. Hasta que una semana llegaron todos y cogí una botella y empecé a privar. Ella me miraba raro, pero empecé a privar: pum, pum, pum. Eran las 8 de la mañana, se acabó la priva [alcohol] y bajé al súper a por más. Así un día y otro, y ella decía que era egoísta, avaricioso; me daba igual, no me interesaba si no me apoyaba en una cosa y parecía que yo era el único culpable. Al final se acabó la relación.

Entre los nacidos a finales de los setenta y los ochenta, en su mayoría, la entrada en el consumo de drogas coincide con la masificación de los

espacios festivos en discotecas de música electrónica (música mákina) y las fiestas ilegales en casas okupas y las *raves*, donde se consumían sustancias estimulantes, sobre todo éxtasis. Durante un período medio, refieren experimentar las sensaciones del buen rollo hasta realizar los primeros consumos de cocaína y heroína, que pronto darán lugar al consumo intenso. Pasado un tiempo, el consumo de heroína o cocaína adopta otro significado. Jonatan y Erika así lo explicaron en la entrevista:

> A los 17 empecé a trabajar con mi padre, era una empresa familiar. Iba cuando quería, porque a lo mejor me había pegado tres días de fiesta y no iba. De los 14 a los 17, a lo mejor me tiraba tres días sin aparecer por casa, me iba por ahí con los colegas, de fiestas, llegué a estar una semana sin aparecer por casa. […] A los 17, me voy a vivir con el viejo y su mujer. Llevan como trece años de relación. Empiezo a ganar en la obra bastante dinero. Era peón de albañil y ganaba unas 200 000 pesetas al mes. Con 17 o 18 años, con ese dinero, imagínate. Era desaparecer el viernes y aparecer el lunes por la mañana. Fatal. Con mi padre estuve seis o siete meses trabajando y acabé mal con él, por mi problemática de consumo. Era coca esnifada, porros y algún tripi. Con 20 o 21 ya fue cuando empecé a consumir intravenoso. (Jonatan)

> Empecé a consumir a los 16 o 17 años yéndome de fiesta. Yo trabajaba, pero los fines de semana tomaba pastillas, vendía pastillas, tripis; que si alcohol, que si no sé qué… A los 20 empecé a fumar coca cocinada [crack]. A los 25 empecé a pincharme coca, yo el caballo [heroína] casi no lo he tocado. Toqué el caballo a los 25, en Zona Franca, pero no era lo mío. (Erika)

Sin embargo, conocí a muchos usuarios que durante años consumen drogas sin generar un problema con las sustancias. Estudian, trabajan, inician relaciones y llegan a formar una familia mientras consumen sustancias solo en fiestas. Kike y Berta son dos ejemplos de ellos. Así lo explicaron:

> De pequeño, en mi época, había más variedad. La gente no era tan cocaína a saco. Era probar micropuntos [LSD], tripis, pastillas, *speed*, mil clases de drogas hasta que llegas a la cocaína. No como ahora, que la gente va directo a la cocaína y la heroína. La heroína la probé a los 18 años y no me gustó cómo me sentía al día siguiente; y no la volví a tocar hasta los 30 años. […] La cocaína la tomaba socialmente esnifada de los 18 a los 30 años, de fin de semana. Había más colas en los bares para meterse rayas, a parte que en Galicia todo el mundo te invitaba, era muy sociable. Había más colas para tomar que para mear. No suponía un problema para mí, para dejar de trabajar, hasta que empecé con el caballo fumado [heroína por vía pulmonar]. Eso te marca más. La

cocaína se usaba para follar toda la noche con mi pareja o en plan social. No era un rollo de encerrarte tú solo a consumir. (Kike)

Yo solo había probado la marihuana, el alcohol y un poco de cocaína. Empecé a consumir drogas duras a los 39 años, antes no había consumido, casi. Empecé porque los amigos lo hacían y entonces me pareció muy diferente. Comencé hace seis años aquí, en España, con un grupo de amigos, ahí es cuando enfermé. Empecé con porritos de marihuana y hachís. No sé cuándo se vuelve un problema. Se dan problemas porque siempre estoy pensando en ellas y no me deja hacer mis cosas como una persona normal. Porque siempre quiero estar entonada, porque pienso que me salva la vida y me siento algo especial; y la verdad es que no. Todo esto me ha dado problemas con la familia. (Berta)

El uso de drogas de forma ocasional o habitual en fiestas sucede en paralelo con la gestación de problemas personales y familiares. Con el tiempo, el uso de drogas se intensifica con el objetivo de paliar el malestar diario y, posteriormente, se torna un aspecto central en la vida de los participantes, agrava sus problemas personales e impide el desarrollo de las actividades cotidianas (trabajo, ocio, amistades y familia).

El origen del malestar hacia el consumo intenso

Son diversas las motivaciones de la iniciación en el consumo de drogas: por curiosidad, como forma de inclusión en una colectividad, por diversión, etc. Sin embargo, conocer las motivaciones para mantener un consumo intenso y diario requiere retrotraernos en el tiempo para buscar sus causas. Los participantes, a lo largo de su vida, han utilizado diversas sustancias en busca de una serie de efectos físicos, psíquicos y sociales para dar respuestas a las incógnitas de su existencia. Las drogas se instrumentalizan para cubrir el malestar diario de los participantes, se usan con un significado más profundo que los efectos químicos predeterminados asignados a las diferentes sustancias. Los procesos de consumo intenso de drogas no son el resultado de haber generado una tolerancia a una sustancia determinada ni de un consumo reiterado para conseguir los efectos de los primeros consumos de estas. Básicamente, el objetivo de intensificar el consumo de drogas es el alivio o la anulación de una serie de malestares diarios originados en los procesos de socialización de los participantes. Seguidamente, analizo las causas primarias que conducen al uso de las drogas como forma de autoatención.

La falta de referentes parentales

En los discursos de los participantes, la educación recibida en el seno familiar es determinante en los problemas desarrollados a lo largo de la socialización. La mayoría refiere haber tenido problemas en la infancia y sitúa la figura del padre como el eje de los conflictos. En la valoración que realizan, el padre es el productor de la disfuncionalidad familiar, bien por los comportamientos violentos hacia la madre e hijos, bien por la falta de responsabilidad hacia ellos. Cris y Esmeralda hablaron así sobre su padre:

> Mi padre ha sido un maltratador de mi madre y de mí. Somos cuatro hermanos, soy la pequeña, pero a mis hermanos no les ha tocado, no ha tenido ese trato con ellos. Conmigo sí. No es que haya tenido una infancia agradable, pero tampoco ha sido mala. Mi madre, la pobre, es una maltratada. (Cris)

> Me intentó violar, era alcohólico; muchas palizas a mi madre, yo me metía por medio. Si no me voy, me hubiera violado; con mi padre, cero patatero, lo intenté matar. Era más joven y busqué veneno, pero era una niña y no sabía dónde buscarlo. Lo hubiera matado y se lo hubiera dicho al juez con la boca llena: «Señoría, he matado a mi padre». Mi padre le metió una paliza a mi madre que le rompió la aorta de un derrame cerebral. Estuvo en la UCI y, el día de la Virgen del Pilar, empezó a resucitar. Casi se la carga, yo iba a ver a mi madre el hospital de la Virgen de las Nieves en Granada. (Esmeralda)

Los problemas familiares pueden conducir al divorcio temprano de los padres, una nueva situación que genera inestabilidad emocional en los entrevistados. Así me lo explicó Jonatan:

> Mis padres se separaron que yo tenía 6 o 7 años. Cuando yo nací, mi padre desapareció y, a los dos años, volvió a aparecer otra vez. Lo que pasa que, como desapareció, yo tengo los apellidos del padre de mi hermana. Mi hermana es de otro padre y mi padre no me quería dar los apellidos. No me reconoció como su hijo y me reconoció el padre de mi hermana. Mi padre padre representa que no es mi padre. Me los dio el padre de mi hermana, que murió en un accidente. Mi padre cuando ha ido a verme a la cárcel no lo han dejado entrar, porque yo tengo unos apellidos y él otros, y no tiene un papel que represente que es mi padre.

Y así Juanito, un habitual del CAS Fòrum que conocí una tarde de principios de junio de 2014:

> Mis padres se separaron cuando yo tenía 8 años; y lo hicieron de forma salvaje. Yo iba de casa en casa con gritos y malos rollos. Y así acabé, que no comprendía la situación y la liaba con todo el mundo, peleándome con todo quisqui, desde bien pequeño. A lo mejor estaba en casa de mi padre y le decía que me iba a Badalona a jugar a baloncesto y ni tan siquiera me llevaba una pelota. Me iba por ahí a liarla, pero, como era menor, no me podían aplicar ningún delito. Más tarde, ya me puse mis pelos rojos y me peleaba con todo el mundo, me daba igual que me viniera un pelao [*skinhead*] y me dijera que era *red* [comunista] o *sharp* [antirracista], yo le daba igual; es que yo soy un poco así, desde pequeño he tenido ese problema. Ya con 17 años vivía con mi novia en una okupa, iba con una cresta y me tocó ir a la mili. Allí también la liaba, rayando los coches de los mandos… Esos me cogían y me pegaban cada paliza. Después, con 20 y algo, le pegué una paliza a uno que se la tenía jurada y tuve que entrar en prisión… Mi abuelo pagó y solo estuve dos años de los ocho que me pedían… Ya con 23 años, ya estaba muy liado con el tema.

En otros casos, la figura del padre desaparece y marca gravemente la infancia de los participantes. La pérdida del padre, bien por la falta de responsabilidad hacia el hijo, bien por su muerte, produce conflictos e inestabilidad en el seno familiar. Miguel y Dave, comentaron su situación cuando muerieron sus padres:

> Mi padre falleció cuando yo tenía 10 años; de 9 años y medio para 10, me acuerdo perfectamente, el 8 de mayo. […] Cuando se murió mi padre, fui a un psicólogo y fui nada y menos, me daban trankimazin [benzodiazepina] 15 miligramos y me lo daba mi madre y estuve yendo muy poco tiempo. Mi padre era mucho para mí. Yo iba a hacer pipí y mi padre me cogía el pito, yo me acuerdo de eso. Me acuerdo de cosas pequeñitas cuando yo tenía 5 años, cosas bonitas. Se me murió muy joven de cáncer de pulmón. Yo asocio lo de mi padre con que yo haya tenido cosas duras en mi vida. (Miguel)

> Mi padre murió con 33 años, y yo tenía 11 años; y eso fue para mí un directo claro; para mí, mi padre… Me faltó esa cosa para no meterme en problemas, me faltó… Yo, parte de las cosas, las hice porque me faltó, por eso, dicen que no hay excusas, pero mi padre tenía su trabajo como padre para… Y, claro, yo a esa edad hacía lo que quería, era el rey de la casa. (Dave)

Erika también perdió a sus dos padres, que eran personas usuarias de drogas, y recibió abusos sexuales de su padrastro. Erika, achacaba sus malestares actuales a la relación que mantuvo con sus padres adoptivos durante su infancia:

> La familia es importante, pero parte de culpa la tienen mis padres, adoptivos porque son ellos que hacen que yo haya tenido este tipo de vida. Ellos lo saben y mis padres también lo saben. Ellos allí y yo aquí. Mis padres no tienen ningún acercamiento, hablo con ellos, pero no puedo estar con ellos. Ya me lo dijo mi educadora de CECAS [piso terapéutico], que yo no puedo estar con ellos ni una semana, porque mi padre me tocaba, mi madre le daba celos y no me daba ni caricias. No se puede contar con ellos.

Otro caso es el de Alexis, que desde muy pequeña vivió la desaparición de su padre biológico (de origen marroquí que volvió a su país tras salir de prisión), la muerte por sobredosis de su padrastro y la de su madre a causa de la infección por VIH; todo ello en un ambiente de tráfico de drogas y marginalidad. Así lo explicó:

> Los ojos son de mi padre, pero yo no lo quiero, porque mi madre estaba enferma en la cama, empotrada, se tiró cuatro años en la cama y no llegaba a 30 kilos. Él le metía los picos, lo pillé y lo eché de casa. Yo me quedé sin madre con 13 años. Yo no lo quería, porque un hijo no se paga con dinero, ni con chándal, ni nada. Un hijo se compra con cariño, el cariño no se compra, tienes que dar el cariño. No como mi padrastro, que me daba buenos consejos, viendo que lo mío era de nacimiento, porque se pensaba que yo era una niña. Mi padrastro estaba con mi madre cuando ella estaba de tres meses. Sabía que ella estaba preñada y se hizo cargo de mí hasta los 12, cuando mi madre estaba pagando cárcel y todo el rollo. Se hizo cargo de mí, teniendo él más hijos. […] Mi padrastro se murió con la pipa en la mano; yo era un crío, se murió antes que mi madre, cinco años antes de mi madre. Mi madre estaba en el lavabo metiéndose un pico y yo la avisé. Se estaba ahogando y reventó el cristal de la pipa y mira que se caía al suelo y no se rompía. Mi madre no me hizo caso, pero si me lo hubiera hecho, se hubiera salvado; todo porque no se encontraba la vena. Se lo metió, salió del baño y se dio cuenta y llamó a la ambulancia. Lo que dura un cigarro, se murió; si hubiera reaccionado antes, se hubiera salvado. En la ambulancia se fue vivo, lo metimos en Peracamps, mi madre enchegarse [encenderse] un cigarro por ponerse nerviosa y salir la enfermera y decir que se había muerto. Eso me jodió a mí y le cogí mucho odio a mi madre.

La falta de referentes parentales o los problemas de pareja entre los progenitores según los participantes, conduce a un consumo de drogas intenso para paliar las incógnitas y a la irresolución de una socialización primaria llena de episodios violentos, la falta de apoyo emocional y la ausencia de un espacio de seguridad para el desarrollo vital.

Las relaciones de pareja

En la etapa adulta, se abre un nuevo capítulo en el ciclo vital de los participantes. Comienzan los primeros consumos de droga y las primeras relaciones sentimentales. En este trance, muchos participantes arrastran los problemas no resueltos en la infancia y adolescencia, que acaban mezclándose con las diferencias y encuentros en el seno de la pareja. Estos problemas se intensifican cuando la pareja del participante también es consumidora y se establecen roles de supervivencia que generan discusiones, peleas, rupturas y un malestar aún mayor.

En el anterior punto, he hablado de los casos de Esmeralda y Vanesa, dos usuarias que se iniciaron en el consumo con su pareja. Para ambas, la ruptura de pareja fue el detonante de la intensificación del consumo de drogas. Esmeralda lo recordó así:

> De VIH fui yo, me quería quitar la vida, me tiré de un cuarto piso y no me rompí ni un hueso. Me podía haber quedado inválida, lo hice por amor, en Sant Feliu de Guíxols. Estaba colada por ese chico y me dejó por una puta mora. Me dolió tanto que me tomé dos botes de trankimazines, dos cubatas y fui probando portales hasta que encontré uno abierto y no me hice nada porque me fueron amortiguando los tendederos. Antes de saltar, fui yo la que cogió una jeringuilla con VIH porque pensaba que me iría rápido, no se sabía nada, mi madre tenía todas las cucharas y todo marcado. Eso fue hace unos 20 años.

En el caso de Erika, que ya tenía conflictos con sus padres adoptivos, sus problemas se intensificaron con su pareja, que también era consumidora. Así lo explicó:

> Para mí empezó el problema a los 20, cuando empecé con mi ex. Yo trabajaba, salía los fines de semana, era una chica de barrio normal. Siempre buscaba gente del barrio, pero me ponía todo morada de cubatas, de coca; y conocía a uno, era mayor que yo y él fumaba. Yo empecé a fumar, me hacía daño psicológico, me encerraba en casa y dejé de currar, a mis padres y la gente de la calle. Cuando me vi sin nada, me intenté suicidar un montón de veces, no quería vivir.

En los casos de Kike y Mick, el desencadenante de un consumo intenso de heroína también se produjo a raíz de la ruptura de pareja. Kike tomaba cocaína de forma lúdica los fines de semana y Mick estaba en un proceso de deshabituación del alcohol cuando nació su hija. Ambos ha-

bían conocido la heroína, pero como experiencia aislada a lo largo de su trayectoria de consumidores de drogas. En el momento de la ruptura, se iniciaron en el consumo intenso de heroína como paliativo de sus malestares. Así lo describieron:

> La culpa es de uno mismo, pero coincidió que después de una separación de pareja yo lo pasé mal; no solo por la separación, sino porque la tía me putea diciendo que me quería mucho y cuando nos veíamos, me montaba una gorda o me decía que estaba liada con otro o tal. No la disculpa, pero eso coincidió que conocí a un chaval que era hijo de un guardia civil y él sí estaba tonteando inconscientemente con eso y él me empujó un poco a eso, al consumo de *speedball* fumado. Él no me obligaba, pero a alguien que sea mi amigo nunca lo empujaría a eso si no lo hubiera consumido antes. Él era un cabroncete y se veía enmarronado y necesitaba apoyo moral; y tiraba de mí y empezó a meterme en esa mierda. No lo culpo a él, la culpa es mía. Se vuelve el consumo intenso, pero tardé años en saber qué era un mono, porque mi genética y mi organismo, como empecé tarde y tal, pues hasta que no sabes que es los efectos de un mono mono, pueden tardar años. Lo probé dos veces con 18 y luego con 30; y desde ahí hasta ahora he seguido. Se juntaron dos causas, dejar una relación que la tía vacilaba, volvía y me decía que estaba liada con otro y luego el rollo de este colega, que te empujaba. Las primeras veces te invitan, «prueba esto, es la hostia», él quería que le acompañara al poblado gitano porque tenía más miedo que yo y eso que yo no me movía en esos ambientes. Quería un aliado, pero no le puedes echar la culpa a nadie. Y el rollo de pareja estuvimos 3 años, pero fue un rollo. Me decía que me quiere y me la liaba. No fue la ruptura, sino que me hizo daño. La culpa es de uno por eso. (Kike)

> Yo llego a la heroína porque un amigo de nuestro grupo estaba fuera del país —no quiero decir el nombre porque está muerto— con su hermana y otro amigo. Los tres eran colegas del grupo de los 14 años y los tres estaban pillados por el tema. Son colegas de aquí, pero se fueron a vivir a Alemania a acabar de estudiar la carrera. Bajaban de tanto en tanto a Barcelona a ver a la familia. Un año, uno de ellos, yo estaba viviendo en una okupa y me vino a ver a mí. Hablando y hablando me dijo si tomaba, tuvimos una detención y sacó una papelina [dosis] de la bota, rollo James Bond, y me invitó a tomar una raya. Más adelante, me volvió a invitar y nos metimos un chute en Baluard. Yo tendría unos 25, un año después de separarme con la niña. Ya lo probé, para mí fue una pasada y con eso me olvidaba de todo. Esto es la madre del cordero. (Mick)

Estos son algunos casos en los que el motivo del consumo intenso de drogas se produce por una ruptura sentimental. Si bien a lo largo de las vi-

das de los participantes los problemas de pareja y las recaídas en el consumo de drogas se producen de manera cíclica, lo que produce un deterioro de la relación y el fin de esta. Jonatan me habló de su caso:

> Cuando estaba con Laura, mi novia, intenté dejar la metadona yo solo. Lo hacía con un par de huevos, sin salir de casa. Fumando porros, con mis rivotriles [benzodiazepina], mis trankimazines, casa e intentándome buscar alternativas. Cuando hablo de esto me enciendo de una manera, tío. Mira si fui gilipollas, porque lo tenía todo con esa chavala. Nos íbamos el fin de semana de parejita al *camping*, me cago en la puta, tío. Qué gilipollas fui. […] Fue caer en prisión y la distancia hace el olvido. Quererme me quería con locura, lo que pasa que, mira. Caí en prisión, teniendo una medida alternativa, por no llevarla bien y no tener un positivo. Fui un pringao de mierda y empecé a consumir otra vez y me metieron preso; soy un pringao de mierda. La vida es un cúmulo de casualidades y a veces uno no tiene la mentalidad para afrontar las cosas. No tienes fuerzas de voluntad. Yo llevaba un año y medio con ella y parecía que lleváramos media vida. Fue muy intenso, siempre estaba conmigo viviendo con ella.

Los problemas de pareja entre los participantes se viven como una reproducción en primera persona de los problemas vividos durante la infancia y adolescencia, relacionados con los problemas de pareja de sus progenitores. Según los entrevistados, la pérdida de compañía justifica las razones de intensificar el consumo de drogas como paliativo del malestar personal.

La pérdida de hijos

Los participantes han sufrido situaciones traumáticas en la familia y en la pareja, pero con el tiempo también las viven como padres. Existen diferentes causas que conducen a intensificar el consumo de drogas en esta fase. En muchos casos, entre los hombres que conocí a lo largo del trabajo de campo, el motivo fue que no asumieron la figura paterna que esperaba la pareja. Esta situación genera desencuentros que rompen la relación y producen un distanciamiento de los hijos, lo que conduce a los hombres a un consumo intenso que empeorará los trámites de la custodia y la responsabilidad hacia los hijos. En el caso de muchas mujeres consumidoras, las dificultades de asumir la maternidad en procesos de consumo intenso suelen levantar las alarmas de los dispositivos de servicios sociales de atención a la infancia; estos toman las medidas pertinentes que implican,

en muchos casos, la pérdida de la custodia de los hijos. Por ejemplo, Esmeralda vivió esta situación, su hija quedó a cargo de su madre. Un caso similar, pero con graves causas y consecuencias, es el de Edgar, que durante su etapa como mujer tuvo dos hijos y, con el tiempo, estos quedaron custodiados por la familia y los servicios sociales. Este es su relato:

> Para mí, la familia es mierda, hipocresía y falsedad. Es lo único que conozco de una familia. El concepto *familia* no lo conozco. Viví con mis padres, pero nunca fue un ambiente muy familiar. Con 8 o 9 años, solo había problemas. Con el padre de mis hijos, bien, hasta que las cosas se complican. Intenté solucionarlo, pero no fue posible; se murió después, hace 15 años. Los hijos me los quitaron, intenté remontar, pero te vas de Guatemala a Guatepeor. Veinticuatro años sin familia y sin nadie que te apoye, es difícil remontar. Mi niña pequeña está en un centro y mi hijo se ha ido con la hermana de mi cuñada. Ya pasó por un centro y no quería volver a pasar. Mi cuñada es la mujer de mi hermano, se ha ido con su hermana. La niña pensó que la familia es una mierda y se fue a un centro. Ahí está, sola, con 15 años. Si ves que toda una familia es una mierda, es normal que no la quieras. Supongo que yo tendré parte de culpa. Nunca he tenido apoyo de mi familia. […] Murió mi mujer (rehízo su vida con una chica), me quitaron mis dos hijos… A partir de ahí… Yo ya me había criado en un orfanato, ver que mis chicos pasaban por el mismo trago fue bastante doloroso y tuve que pedir ayuda psicológica. […] Ahí me hundo, porque ahí ya vi que lo perdía todo. Antes, yo iba viviendo y veía a mis hijos crecer, pero ven que yo seguía autodestruyéndome. Eso les hace daño y eso ya te duele. Ellos son conscientes de lo que pasa y eso es un problema. Ves que te habías distanciado de tus hijos y ahora es aún mayor.

Otro caso es el de Dave que, habiendo perdido a su padre a los 11 años, tuvo que revivir esta situación desde la faceta de padre. Este hecho antecede a los problemas familiares con los padres de su pareja, que no aceptaban que su hija se hubiera quedado embarazada de él. Así lo contó:

> Luego conocí a una chica marroquina, tuve una hija y murió. Yo tenía 27 años, trabajé en un bar, luego trabajé en la Nissan, lo dejé todo y no me metía coca y no me metía nada. Yo volví a casa de mi madre, entonces el padre era moro y la madre era española. Ese hombre tenía costumbres religiosas musulmanas, rollo raro, era un hombre muy majo, era un tío trabajador que ganaba 3500 euros al mes que daba clases en la universidad. Era un tío muy inteligente que tenía, no sé qué tenía… Era ingeniero industrial y daba clases no sé dónde. Entonces, el tío, cuando le dije que la niña estaba embarazada, me quería matar. Cuando volvieron de Marrakech, yo le dije: «Mira, Samir, que yo… Su hija está embarazada»… «Hijodeputa, te voy a matar»; fue a la

> cocina, cogió un cuchillo y, si no llega a ser por el hermano que le hizo la trabanqueta y se cayó… Entonces vino la guardia urbana y yo les dije que había una niña que estaba embarazada y que por favor subieran porque a mí me había sacado un cuchillo. No pasó nada, estuve un mes sin subir a su casa y luego todos contentos: «bli, bli, bli, bla, bla, bla», pues se murió el bebé con un año y medio de un ataque al corazón.

Tras la muerte de su hija, la pareja se disolvió y Dave reabrió las diferencias del pasado con su familia (madre y hermana) e intensificó el consumo de cocaína por vía pulmonar. Buscó soluciones a su situación por todo el territorio español, hasta iniciar un consumo intenso de heroína por vía parenteral. Así lo explicó:

> Yo empecé a consumir heroína cuando murió mi hija. Yo intenté suicidarme tres veces con 26 años. Fui a Tarragona… Yo ya lo había probado cinco veces o diez, sí, yo lo sé, pero yo seguí con la coca, la vendo y yo iba con mi amigo Fran, que se tiró de un séptimo piso. Tenía problemas psicológicos. Eso fue con 27 años, en la misma época. Y entonces, pues, bueno, ahí ya tomaba heroína, pero no tanto… Yo me fui a vivir con mi hermana a Santa Coloma, en la Calle Roma, pero yo no me llevaba bien con ella. Entonces no podíamos hablar, teníamos problemas… Entonces mi madre le decía «como yo pago el piso, tu hermano tiene que estar aquí y es mi hijo. Entonces no quiero problemas». Mi madre era una mujer buena, sana y no sé cómo se dejó dominar. Yo me monté en el hombro, pero no con maldad, yo por las drogas, pero mi hermana (de dos años menos) se montó por maldad. Entonces, yo me fui de ahí para desengancharme de la coca, a Galicia… Yo la heroína la había probado, pero yo solo tenía problemas con la coca… Yo lo probé, me pinché diez veces. No lo esnifé, ni lo fumé, desde el primer día fue pinchado, porque yo le dije al chaval que me explicara tal como era y ya fue directo. Aparte, yo lo quería por la vena, no quería ni fumar ni esnifar, yo quería pincharme. Es como que tú tienes mucho dinero y dices «o me compro un buen coche o no…». Yo dije «Me lo voy a meter por lo bueno, por lo fuerte»… Lo probé, me fui a Galicia porque yo tenía una prima y me enganché otra vez a la coca, porque allí la coca está muy buena, hay unos bares que tal y cual. Mi madre me enviaba dinero, luego me fui a Tarragona y allí conocí a una gente que tenía el VIH y la A, la B y la C [hepatitis], que vivían de okupa. Allí vivía mucha gente, pero abajo solo vivíamos nosotros. Eso es cuando allí, seguramente, pillé la hepatitis C. Allí empecé a meterme, a meterme, a meterme; con mucha cantidad… Heroína, porque yo nunca me he pinchado la cocaína, fumaba bazuco [crack] y sí que esnifado.

Perder el país

Entre los participantes se identificaron procesos de consumo intenso de drogas relacionados con procesos migratorios negativos. En los últimos años, ha aumentado la diversidad y el porcentaje de extranjeros que usan las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. Las zonas de procedencia destacables son: el norte de África (Argelia y Marruecos), Europa del Este (Rumanía, Georgia, la antigua Yugoslavia, etc.) y otros países europeos comunitarios (Italia y Francia). Por ejemplo, en un estudio realizado en la Unidad de Reducción de Daños de Can Tunis (Anoro, Ilundain y Santisteban, 2003), el 67 % de los usuarios eran españoles, el 14,5 % ciudadanos del resto de la Comunidad Europea, el 9 % de países europeos no comunitarios, el 8 % del norte de África (Magreb) y el 1,7 % restante procedían de África y América Latina. En la actualidad, en un estudio para determinar el perfil de los inyectores de Cataluña, realizado entre 2008 y 2009 (Folch, Casabona, Brugal *et al.*, 2012), el 58,7 % de los usuarios eran españoles, seguido del 23,5 % procedentes del Europa del Este, el 9,2 % de otros países europeos y un 6,6 % de África. También, en un estudio llevado a cabo durante 2011 en el Espacio de Inhalación Asistida del CAS Baluard (Lago y Henar, 2012), el 65 % eran de origen extranjero, destacan los italianos (12 %) y los magrebís (11 %).

Existen diferentes causas por las cuales los usuarios procedentes de estas zonas se inician en el consumo de drogas en Barcelona o lo intensifican, en el caso de que ya hayan generado un consumo de drogas disfuncional en el país de origen o en el itinerario migratorio hasta llegar a su destino actual. Ejemplificaré los casos de las personas procedentes de Europa del Este, Italia y el norte de África, que son los tres colectivos con mayor porcentaje de usuarios en los centros de reducción de daños de Barcelona.

De las personas migrantes, las más destacables, en la actualidad, son las que vienen de países de Europa del Este comunitarios, como Rumania y Bulgaria desde 2007, y los de países no comunitarios, como Georgia y otros países de la antigua Yugoslavia. Muchos vienen a Barcelona con la esperanza de encontrar una vida mejor y por las facilidades de movilidad, sobre todo entre los procedentes de países de antiguos regímenes comunistas ya pertenecientes a la CEE. En general, las personas que acuden a las SCH ya tenían un problema relacionado con el consumo de drogas en su país de origen, pero este se intensifica durante el proceso migratorio

hasta llegar a Barcelona. Los motivos para quedarse en Barcelona son la disponibilidad de diferentes drogas, la facilidad para buscarse la vida y la amplia oferta de dispositivos asistenciales para la drogodependencia en esta ciudad. La procedencia de los usuarios de drogas ha ido fluctuando con diferentes acontecimientos políticos de los diferentes países y de la CEE. Por ejemplo, Goran, consumidor de cocaína vía parenteral en días ocasionales, de unos 40 años, me habló sobre la diáspora de los yugoslavos por la Europa Occidental durante los conflictos bélicos sucedidos veinte años atrás:

> Yo salí de Yugoslavia y primero fui a Italia, como la mayoría. […] Toda mi familia está repartida por Europa cuando empezó la guerra. Mis tíos viven en Alemania, otra tía vive en Madrid y se va a ir a Alemania. Nos movemos por donde podemos. Siempre nos hemos buscado la vida como podemos. Yo tengo 41 años, tres hijos y seis nietos, y robo desde los 7 años. Siempre he robado y he ganado para vivir, pero alguna vez he hecho mucho dinero y me he liado bien con la coca.

En los últimos años, las personas de países de Europa del Este proceden mayormente de Georgia. Suelen ser consumidores de cocaína y heroína por vía parenteral, con gran intensidad y con poco arraigo a los servicios de drogodependencias y que presentan fuertes barreras idiomáticas. Durante el trabajo de campo, pude observar que eran usuarios que acudían a las SCH y permanecían poco rato en las instalaciones, por lo que era difícil entablar conversación con ellos. Uno de los pocos con los que pude conversar fue Irakli, un usuario que vino a Barcelona tras los conflictos y problemas económicos durante el cambio de Gobierno en Georgia:

> Llevo ocho años en España. […] Vine porque allí no hay nada. Es un país destruido, está fatal, hay pobreza… Mi país estaba muy bien con el comunismo, tenías trabajo, estudios, casa, comida… Tenías todo y había trabajo, si no trabajabas, casi tenías que ir a la cárcel… Yo siempre he trabajado en la construcción con paisanos, aquí he levantado bloques de pisos, haciendo cosas. Ahora aquí no hay nada. En mi país no hay nada, está todo mal. No había muchas drogas. Yo me montaba fiestas con rusas y nos juntábamos cinco o seis con una botella de vodka y lo pasábamos bien, ahora nada. Y aquí, mira, liado de vez en cuando con el caballo.

Los colectivos de usuarios de Europa del Este han aumentado en los últimos años. Suelen ser usuarios que consumen con gran intensidad y

desarrollan graves problemas de salud relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral. Muchos viven indocumentados, sin tarjeta sanitaria y con dificultades para encontrar trabajo, por lo que desarrollan formas de conseguir dinero al margen de la ley que los llevan a tener problemas con la justicia.

Entre los usuarios procedentes de Europa Occidental, los más destacables son los que vienen de Italia. Generalmente, son okupas o raveros que iniciaron un consumo recreativo de estimulantes (éxtasis y cocaína) y psicodélicos (LSD, ketamina, etc.), aunque pueden haber iniciado un consumo intenso de drogas ya en su origen, antes de venir a España. Las razones para emigrar a España son diversas. Se destaca la fuerte criminalización hacia los usuarios de drogas en Italia y la falta de opciones terapéuticas en origen en relación con las que se ofrecen en Barcelona. De hecho, en un estudio realizado en el SAPS sobre consumidores italianos (Farci y Kistmacher, 2013), estos referían que los servicios de atención sociosanitaria a las drogodependencias en Italia son muy estrictos con respecto a los de Barcelona y que no existían servicios de reducción de daños específicos. Gio, un consumidor de cocaína por vía parenteral, me habló de la dureza del sistema penal en Italia:

> En mi país me pillaron haciendo un pase de mierda y me piden mucho tiempo. Debo tres años y medio de cárcel, y a veces pienso que debo volver para pagarlo y olvidarme. En Italia están muy duros, aquí, en España o Marruecos, la ley es más floja. Allí ya no dan indultos. Hace años los daban, pero ahora nada de nada, ¡puto Berlusconi! En Italia no perdonan, te vas a la cárcel, te pueden dar trabajo en la condicional, pero tienes que informar dónde vas cada día y tú, imagínate, tu jefe si sabe que has tenido delitos… No te queda otra que vender drogas, hacer un buen pase y a vivir.

También se destacaba la oferta en el mercado de drogas en la ciudad. Al parecer, los barrios como el Raval y la Mina son muy populares entre los consumidores de drogas en Italia y muchos viajan a Barcelona conociendo, de antemano, los barrios de compraventa de drogas y los centros de reducción de daños. Gina, una consumidora de cocaína y *speedball*, okupa y de no mucho más de veintinco años, ya conocía Barcelona de oídas, a través de sus contactos en Italia. Por diferentes razones, emigró a Barcelona e intensificó su consumo de drogas; tenía varios problemas con la ley:

> Yo en Italia consumía los fines de semana y no era un problema; pero, luego, ya fue liarme y tomaba ketamina. Se hacía intramuscular, pero yo me lo metía

> directa en vena y eso da muchos problemas, sobre todo para orinar. Luego, mi problema era la cocaína; y acabé en la calle. Italia no es como aquí. No hay este tipo de centros. La Iglesia es muy dura con el tema de la droga, solo hay un centro en Roma. Yo me vine a España porque me habían hablado bien… Total, yo estaba en la calle y jodida, ¿qué iba hacer allí pinchándome? Entonces, pensaba que aquí en Barcelona habría crack y así dejaba de pincharme, pero solo encontré crack en Valencia u otros lugares, pero no aquí en Barcelona. Yo es que no sé *cocinar* y, si *cocinas*, sale muy poco.

Para los europeos comunitarios, como los italianos, la ciudad de Barcelona es un lugar fácil para okupar una vivienda y obtener y consumir drogas. Asimismo, consideran que Barcelona es una ciudad bien equipada, con servicios para la atención a las drogodependencias en comparación a otras ciudades de Italia. Asimismo, las políticas y leyes en materia de drogas (tenencia y consumo) son mucho más laxas. Por estos hechos, y otras cuestiones personales, muchos de los consumidores de drogas de origen italiano prefieren residir en Barcelona y sus alrededores.

Entre los grupos migrados que he conocido a lo largo del trabajo de campo, los procedentes del Magreb son los que llevan más años en España, sobre todo los de Argelia y Marruecos, son menos frecuentes las personas procedentes de zonas subsaharianas. En general, las personas de estas zonas vienen buscando una vida mejor, arrastrados por la pobreza y los daños colaterales de los conflictos bélicos y violentos en su país de origen. Con el tiempo, se han encontrado con diversas dificultades, como la falta de regularización de su situación en España o de oportunidades laborales, que han conducido al desencanto y a la desmitificación de todo el proceso migratorio. En origen, eran consumidores de cannabis y derivados, pero al llegar a Europa se inician en el consumo de heroína, sobre todo por vía pulmonar, y se lo costean con hurtos, robos y otros actos delictivos que les generan problemas con la ley e intensifican el consumo de drogas. Algunos usuarios magrebís me hablaron de sus procesos migratorios, como Said, consumidor de heroína por vía pulmonar, y Dimi, consumidor de heroína y cocaína por vía parenteral:

> Soy franco-argelino. Los nacidos después de mayo del 62 no tienen derecho a reclamar la doble nacionalidad, yo sí la tengo. [Le pregunté si tenía papeles:] No, hay que ir a Francia… Yo no he ido, pero solo es cuestión de solicitarlo y firmar. Cada quince años bajo a Argelia para dar mi conformidad de mantener la doble nacionalidad. Mi padre luchó contra los franceses en su día, estuvo en la cárcel por política. Yo salí de allí en 1981. […] Yo allí ya no tengo

> nada que ver, son treinta años fuera. A veces me envían fotos de los hijos de mis hermanas y otros familiares y me tienen que poner, por detrás de la foto, quién es quién. Ya no tengo nada que ver con aquello. (Said)

> Yo fui marinero militar… Después me vine a aquí a España y trabajé de bailarín en Ibiza, gané mucho dinero y me lie con una rusa con la que tuve un hijo. Luego fuimos a vivir a Almería. Yo viví bien y ahora nada. A ella la tengo en Rusia y no puedo ver a mi hijo. Yo la he querido mucho a ella, pero ella más a mí; pero los árabes somos muy mentirosos… Yo tenía otra mujer en Mauritania y una hija. Dos mujeres y dos hijos… Me lie muy mal y tuve muchos problemas. Llamé a mi mujer de Mauritania y me pidió el divorcio. En mi país tengo casa, pero no puedo volver y, entonces, me lie con las drogas… ¡No sé qué hacer con mi vida! No puedo volver, yo no soy el mismo, soy otra persona. Si me ve mi hija, me va a ver mal, van a saber qué he estado haciendo… Tengo mal aspecto, la cara estirada. Van a saber que ando con la droga y me da vergüenza, ya no puedo volver, pero no puedo quedarme en Europa. (Dimi)

Los consumidores de las zonas del Magreb son los inmigrantes más veteranos que acuden a las SCH. Generalmente, son consumidores de heroína por vía pulmonar que no han desarrollado graves problemas de salud (sobredosis o enfermedades infectocontagiosas). Sin embargo, su situación irregular impide que encuentren trabajo y obtengan cobertura sanitaria por sus propios medios. Para conseguir dinero, tienen que cometer actos delictivos que les acarrean problemas con la justicia y, muchos, tras pasar varios años en España, se plantean volver a su país. Otros usuarios ansían volver a casa, pero la vergüenza o las consecuencias de confesar las malas experiencias por Europa frenan o alargan la vuelta a sus lugares de origen.

De las rutinas de consumo a los problemas rutinarios

Al principio, el proceso de consumo intenso de heroína o cocaína reporta una serie de beneficios que mitigan los malestares de los consumidores. Con el tiempo, surge la necesidad de una búsqueda constante, diaria, de drogas para anular o paliar los efectos negativos que produce en uno mismo el consumo continuo de estas sustancias. En ese proceso, confluyen tanto los problemas personales como los que se suceden en toda la ritualización del consumo de drogas: desde la obtención de dinero para costeárselas hasta la práctica del consumo y la valoración de los efectos

alcanzados. A medida que se intensifica el consumo y las drogas toman centralidad en la vida de los usuarios, se producen una serie de problemas económicos y judiciales que se suman a los problemas de salud, familiares y sociales.

Sin trabajo, sin ocio, sin familia, sin vivienda

Las vidas laborales de los participantes suelen ser cortas o inexistentes. La falta de estudios o de instrucción en un oficio, las altas tasas de paro en épocas de crisis laboral y las escasas oportunidades de trabajo conducen a obtener, en pocas ocasiones, trabajos precarios y cortos. Entre los participantes iniciados en la heroína en los años ochenta, apenas se hace referencia a la vida laboral. Ramón, Juanjo y Julián, en sus presentaciones, explicaron que pronto se dedicaron a la delincuencia (hurtos, robos y venta de drogas) y que, en el caso de haber trabajado, fueron períodos cortos, sin contrato o con contratos precarios. En los iniciados en los años noventa, algunos participantes terminaron los estudios básicos o se iniciaron en el mundo laboral, aunque no de forma exitosa. Jonatan y Miguel hablaban sobre estos períodos:

> Después del Mercabarna estuve en un McDonald's, que fue cuando estuve con mi novia. Estuve un par de meses, es que de dos meses no he pasado de ningún trabajo. También trabajé en una empresa de transportes multinacional con carga y descarga, con el traspalé. Estuve un mes o mes y medio. Siempre cobraba y me liaba por ahí. Siempre la misma. (Jonatan)

> He intentado trabajar y lo he hecho en varios sitios. Mi primer trabajo fue a los 16 o 17; y ya estaba enganchado. He trabajado repartiendo paquetes, en la cadena de producción. Duré poco, tres meses como mucho. Luego he trabajado repartiendo pizzas, que hacía unas pellas [no ir a trabajar] que flipas. Me llevaba las pizzas y no llegaban. Luego he trabajado de paleta (albañil), pero esporádicamente, de días. Hace muchos años que no he trabajado; la última vez, trabajé menos de un mes montando antenas y eso hace al menos dos años, con un colega. Tuve bronca porque tomaba heroína y él me decía que iba un poco dormido. El chaval tomaba cocaína y como que no le molaba la heroína. (Miguel)

Es habitual entre los usuarios realizar trabajos no cualificados por poco tiempo y tener dificultades para compaginarlos con el consumo de drogas. El bajo rendimiento conduce a la pérdida de estos trabajos y a un

continuo cambio de empleo, además de muchas dificultades para mantener el consumo de drogas. En otros casos, hay usuarios que sobrellevan el consumo compaginando el desempeño laboral con otras actividades para costearse las drogas. Dave así lo recordaba:

> Me vino un chico, un amigo, y me dijo: «Oye, Dave, ¿quieres trabajar con x persona?» y yo le dije: «Pues sí, pues por qué no». Joder, era una carpintería, ¿vale? Yo… Era mi primer día y me llevaba mi bocadillo como cualquier persona con tu bocadillo. […] Ese chico era traficante y yo, a raíz de eso, me comentó si yo quería *desto* y yo le dije: «Pues sí, no estaría mal», tal y cual; y él me dijo a la primera seman: «Mira, yo te voy a comprar una moto». Me compró una moto, me saqué el permiso; bueno, no, porque a los 16 años ya no hacía falta sacarse el permiso. Entonces me compró una moto, me iba al Gran Velvet, al Chasis, al Cóncor, a un montón de discotecas que tú ya te puedes imaginar de aquellos tiempos. Me iba con trescientas pastillas en los huevos, me ponía en una punta a vender, a vender, a vender… Llevaba pastillas, llevaba chocolate, llevaba cocaína… Menos heroína, ese chico nunca traficó con heroína. […] Ese me venía y me decía: «Niño, toma un gramo de coca y métetelo», y yo me cogía el gramo de coca y me lo metía. Y empezaba a bufar [esnifar], a bufar y a bufar… Pillaba unos colocones que te cagas y así íbamos a cada faena, a cada faena que era superguapa, porque íbamos a los pisos y nos metíamos rayas… «Oye, mira, que nos han llamado de otro sitio y tenemos que ir a otra calle…, venga que la puerta está mal…»; y entonces nos llamaban diciendo: «Oye, que este chico nos decía que me lo iba hacer todo bien y mira cómo me lo ha dejado» y decíamos: «No se preocupe, ya pasamos el cepillo». Le teníamos que sacar la puerta y teníamos que hacerlo y así íbamos. […] Bueno, aquí estuve hasta que le cogió la policía porque iba a hacer un trapicheo a Eindhoven. Era un traficante de gran escala. […] Pues, bueno, lo cogieron y se acabó.

Dave se mantuvo durante un largo tiempo trabajando de comercial, de reponedor o en la hostelería; aunque, paralelamente, siempre trapicheó. Sin embargo, entró en un proceso de consumo intenso de drogas tras la muerte de su hija que le condujo a buscar soluciones terapéuticas y le impidió volver a trabajar.

Las trayectorias laborales más regulares aparecen en usuarios que intensifican el consumo de drogas en edades adultas. Por ejemplo, Kike recordaba su etapa laboral antes de la crisis:

> Mis ingresos hasta ahora venían del paro, después del subsidio, se llama *PREPARA*. Es un fondo europeo que pone subsidio, lo que pasa que te pone más pegas que antes en el paro. Antes te lo daban automáticamente y ahora tienes

> que demostrar que estás buscando trabajo, te piden una serie de requisitos que antes no te pedían. Tardas más en cobrarlo; antes el paro lo cobrabas automáticamente. Cuando yo trabajaba y me iban bien las cosas, le dejé dinero a un amigo amigo, 12 000 euros, y ese amigo me ingresa 200 euros y pico todos los meses. ¿Ayuda familiar? Siempre que trabajé no le pedí ni un duro a la familia, pero dos años para aquí sí que tuve que llamar a mi madre para pedirle ayuda. Nunca abusé de eso. Nunca trapicheé, solo a los 16 para pagarme mis porros, vendiendo posturas de cinco porros para costearme.

Los usuarios que han trabajado en la construcción y otros oficios relacionados tienen dificultades para encontrar trabajo. En esta situación, como muchos otros jóvenes desempleados en períodos de crisis económica, viven en un estado de incertidumbre e inseguridad, con dificultades de asegurarse un futuro en una etapa más adulta. En estos casos, muchos, aunque quieran un cambio, tienen dificultades para ocupar el tiempo que suelen emplear consumiendo drogas y buscándose la vida a diario con otro tipo de actividades. Dos usuarios reflexionaron sobre este aspecto:

> Los que llevamos siete u ocho años enganchados y hemos estado presos, necesitamos estar ocupados en algo. Porque, si yo digo que llevo quince años sin trabajar, no me lo van a dar, porque tenemos un vacío que no lo podemos cubrir en tantos años. Si, al menos, puedes decir que has hecho algo en un taller…, da más paso a la forma laboral. Nosotros no tenemos un hábito de trabajo y pasar de la noche al día con el trabajo y nuestros vacíos, cuesta mucho. Ya le cuesta a la gente normal, imagínate a nosotros. (Edgar)

> Dejar la heroína no es tan chungo. Tomes lo que tomes, en un mes estás limpio. Lo difícil es lo de después, el cómo llenas tu tiempo libre. ¿A mí me van a dar un trabajo? Joder, yo no puedo currar, de nada; ni me van a dar. Soy pensionista y tiro como puedo. (Antonio)

Los procesos largos de consumo intenso de drogas dificultan que los usuarios de las SCH puedan buscar y encontrar trabajo. Además, la rutina diaria empleada en la obtención de dinero y el propio consumo de drogas inhibe el desarrollo de actividades lúdicas. Los que abandonan la rutina diaria del consumo tienen serias dificultades para ocupar el tiempo libre en los períodos de abstinencia o de consumo moderado.

Los usuarios de las SCH han roto lazos con sus familiares o parejas; y reciben poco apoyo de ellos. Tras largos procesos de consumo de drogas e irresolución de problemas, muchas veces, gestados en la infancia y la adolescencia, el distanciamiento entre los consumidores y sus allegados se deteriora con el paso del tiempo. En muchas ocasiones, los consumidores

abandonan su casa tras largas discusiones o los expulsan tras graves problemas de entendimiento con sus familiares. Dos usuarios reflexionaron sobre ello:

> Las personas que intentamos desintoxicarnos, que no tenemos familia y que no tenemos una casa estable o tenemos más o menos un sitio dado, nos cuesta más desintoxicarnos. Si tuviéramos un piso de protección oficial, más barato, nos costaría menos desintoxicarnos o podríamos llevar una vida mejor. (Edgar)

> Tener techo y ya está, es lo que necesito yo. Si tengo techo y dejo las drogas, yo creo que sí. Con mi madre sí, pero con mi padre, no mucho. Ahora, con mis hermanos no tengo relación, pero siempre ha sido buena la relación. Por mi culpa más que nada, por la droga. Si arreglo mis cosas, igual puedo volver a hablarme con ellos. (Javier)

Los usuarios tienen dificultades para iniciar un proceso de recuperación por la falta de apoyo familiar. Además, tienen dificultades para encontrar vivienda o un lugar donde pasar la noche. En otros casos es imposible este tipo de abordaje, sobre todo en aquellos usuarios que han perdido a su familia o han abandonado su país dejando todo atrás. Durante la investigación, se detectó que los albergues de Barcelona no se adaptan a las necesidades y la forma de vida de los usuarios de drogas ni cuentan con una atención especializada para ellos.

Buscarse la vida, buscarse causas

La intensificación de consumo de drogas conlleva, en los usuarios, la búsqueda de diferentes métodos para poder costearse las drogas. Desde métodos legales (mendicidad, prestaciones económicas, prostitución, etc.) a métodos ilegales (hurtos y robos). El consumo intenso, como ya hemos visto en el apartado anterior, genera dificultades para compaginar la actividad laboral con la búsqueda de dinero complementario. En muchos casos, la pérdida de trabajo implica solicitar prestaciones económicas por desempleo. Dave habló sobre cómo se las ingeniaba para susistir con el cobro del PIRMI (renta mínima de inserción) y la mendicidad:

> Luego, cuando ya llevaba dos o tres años conociendo la calle, conocí el Àmbit (centro de reducción de daños del Raval) y me hicieron la ficha, porque era para gente que tomara heroína, que buscara trabajo; para poderte reinsertar… Entonces, una asistenta que se llama Silvia, no la que está ahora, me hizo llevar muchos papeles, moverme *pa'rriba* y *pa'bajo*, tal y cual. Yo llevé la *desto*

> para cobrar la PIRMI. Entonces, en un mes, ya cobraba mi PIRMI. Al primer mes, lo normal, me lo gasté todo…, los dos primeros meses. Y al tercer mes me puse bien, me cogí una habitación y me puse bien; y fui bajando todo. Llevo viviendo en habitaciones desde 2008. Ahora aquí, ahora allá… Yo estoy viviendo empadronado sin residencia específica. Yo pago una habitación que me dejan y ya está.

Mick relató cómo sobrevivía con el paro en una época en que intensificó el consumo:

> Para mí se complica el consumo a los tres meses de probarlo por la vena, tendría unos 24 o 25 años. Lo volví a probar al cabo de dos semanas, luego a la semana siguiente, luego a la semana más, luego tres días seguidos, al cabo de dos días… ¡pum! Al cabo de la semana, era casi cada día. De probarlo, a los tres meses ya estaba enganchado. Buscándome la vida, no trabajaba, cobraba el paro, o sea que el paro me lo gastaba en esto. Coincide que llevaba un año que me separé de mi hija.

Entre los usuarios también es muy común utilizar diferentes técnicas de mendicidad como pedir dinero o la voluntad a cambio de objetos (pulseras o pañuelos) en lugares específicos del centro de Barcelona (metro, pasos de cebra, etc.). Dave y Jonatan me contaron cómo conseguían el dinero para subsistir en épocas de consumo intenso:

> Bueno, sí, si no me quedaba más remedio y me faltaba algo de dinero… He pagado casi 300 euros por una habitación, pedía en la calle. Siempre con mi educación y con mi dignidad y con todo. Que me lo daban, bien; que no me lo daban, pues nada. Con ese dinero me he llegado a comprar ropa o una bolsa, o me he comprado lo que he necesitado. Porque, claro, no me llegaba con ese dinero. (Dave)

> Aparte de hacer robos, algunas veces he estado pidiendo en las estaciones, fue una época que estaba cansado de denuncias y juicios. Iba a Sants o plaza Catalunya y me ponía a pedir. Pedía dinero con la carta de salida de prisión y me daban 3 o 4 euros, pidiendo con educación, y a lo mejor me hacia 40 euros en nada; pero, claro, luego me desfasaba. (Jonatan)

Las prácticas ilegales más habituales empleadas en los inicios y a lo largo del consumo diario son los hurtos, los robos y la venta menor de sustancias. Además, las entrevistadas dicen haberse prostituido (actividad no regulada) para obtener dinero. Esmeralda, Erika y Vanesa la habían ejercido en la zona de Can Tunis, en la llamada *recta* de Zona Franca. Vanesa recordó esa época y cómo hacía otras artimañas para costearse el consumo:

> Acabé en Can Tunis loca perdida, muy mal, muy mal. Te ibas en autobús, todo a tu merced, bolas a cinco pavos. Te ponías hasta las trancas. Era el 96 o 97, cuando conocí Can Tunis, me fui para allí. Me buscaba todos los días la vida para ir a chutarme, no hay mucho más que contar [en referencia a la prostitución]. Luego necesitas para comer, para tabaco y para muchas cosas más, pero primero chutarte. Yo cogía el 38 con cosas robadas y los mismos agentes de seguridad del bus te hacían bajar para írselo a vender a los gitanos. Yo les vendía pañales; con tantos niños, toma pañales. Me daban dos bolas por cada paquete y llevaba cuatro. Dos de una y dos de otra. (Vanesa).

Vender y revender *bolas* o medicación prescrita es uno de los métodos habituales para conseguir dinero en épocas de consumo intenso. Ramón me habló de una época en la que se dedicaba de forma regular a la venta de dosis:

> Yo tenía mi pensión y me buscaba la vida. Lo primero, para la niña, para comer y pañales; luego para comida y, si nos sobraba, para una fiesta o dos. O, si no, a vender. Estaba en sección abierta en el 96 y estaba vendiendo. Vendía 40 o 50 bolas diarias y luego a dormir en sección abierta. No tomaba siempre, porque había analíticas lunes, miércoles y viernes. Había los rohipnoles, tranxilium [benzodiazepinas] o porros; era lo único que podía. Coca y heroína, cuando podía; porque, un positivo, ya te regresaban. (Ramón)

Sin embargo, la práctica ilegal más generalizada en el inicio y durante el consumo intenso son los robos, de diversa índole. Alexis me habló de una época en la que, para costearse el consumo propio y el de su pareja, ella, se dedicaba al robo al descuido (hurtos). También me contó los problemas en la relación sentimental que empujaron a su pareja a buscarse la vida con robos con fuerza:

> Yo me dedico al descuido, hurtos. Yo no robo con cuchillos, ni navajazos, ni prostituirme, ni meter tirones… Bueno, una vez metí un tirón. Nada de armas blancas, lo mío es ir a restaurantes, vestirme; me gustaba mucho la ropa buena, no como ahora que estoy cansado de robar, siempre robando, ya estoy muy cansado de la mierda vida esta. […] Luego me junté con un chico de aquí, con el Sami, un yugoslavo. Poco a poco, me comía la cabeza, yo robaba para él también. Lo más que me he llevado ha sido 10 500 euros. Todo en billetes de 500 euros; menos 500 euros, que iba en billetes de 100, 50 y 20. Me decían que era tonta, porque estaban solo conmigo por el dinero. Yo no quería coca, yo estaba enganchada a la heroína y a las pastillas, y me enganché a la coca por él.

> Yo me iba a robar y volvía con 200, 300, 500; con lo que fuera, aunque fueran solo 50 euros, que nunca volvía con eso, porque, si encontraba 50 euros, seguía trabajando. Me decían: «Encima vivís en la calle, con todo el dinero que has tenido y duermes en la calle y haces caso a este… Nos damos cuenta de que está contigo solo por el dinero». […] Yo le decía: «Oye, me faltan dos billetes de 500, que no puede ser», «No, acuérdate de ayer con el colocón, que compramos no sé cuántas de coca…», «¿Sí?, ¿Y dónde dejamos los billetes de 500?, si tenemos que ir siempre al banco a descambiarlo o a las caixas». Me hacía el coco así. Lo dejé por una pelea, en una discusión se levantó y me dio un puñetazo en el ojo. Él venía a buscarme y le decía: «Déjame, que eres un interesado y un muerto de hambre». Ni siquiera se buscaba la vida, tenía que coger hasta que se me hinchó el coño y le dije: «Tío, que yo no puedo buscarme la vida para comer los dos y para drogarnos los dos». Empezó a reventar todos los coches, donde dormíamos.

Otra de las prácticas son los hurtos en centros comerciales. Edgar me contó sus funciones en este tipo de actos para conseguir dinero en épocas de consumo intenso de cocaína:

> La cocaína sube progresivamente, pero no te pide un consumo diario. La heroína la tomas un día y a lo mejor al día siguiente no tomas, la cocaína no tiene fin… Si tienes 2000 euros, te los gastarías. Con la coca tienes ansiedad de pillar más, con la heroína te pones y ya está. Yo no pido y no robo, solo entro en los supermercados para que me vigilen a mí mientras otros están levantándolo.

Finalmente, otros roban a personas. Jonatan y Javier me hablaron de épocas en las que trabajaban ocasionalmente, pero de pronto comenzaron a cometer robos con intimidación:

> Me busqué la vida y me cogí una habitación por aquella zona, el Raval. Empecé a conocer todo eso y, a los 21 caí en jóvenes, en la Trinidad; robo con intimidación. Estuve trabajando dos o tres meses, no me llegaba la pasta, la liaba, llegaba tarde, llegaba drogado; hasta que la mujer, la dueña, me dijo que así no podía estar y me fui. Llego al Raval y desde ahora. Entré en la Trinidad seis meses, salí bajo fianza, que me lo pagó mi madre, y me volví a casa porque perdí la habitación y todo, ahí estuve unos cuantos meses, no me acuerdo de todo. Ahí, otra vez, a mí siempre me ha gustado la vida fácil, tete. Yo me meto en un Zara o en un Pull and Bear y me llevo cuarenta perchas y me voy corriendo y si me van a pillar las tiro, como he hecho muchas veces. También he hecho tres robos con intimidación, en un prenatal y una farmacia. Le saqué un cútex [sic] pequeño y me fui a la Mina y no me dio tiempo a llegar a los

bloques. Me pilló la policía y ya estaba en la comisaría la dueña de la tienda. (Jonatan)

> La cosa empeoró y me di cuenta cuando, a los 20 años, trabajaba y me fundía 800 euros en una semana. Fumaba cocaína y vi que no podía seguir así. Empecé con un colega que me enseñó a *cocinarme* todo con amoníaco. Me di cuenta de que tenía un problema cuando me distancié de todo y me vi solo. No te importa nada, robas a tu hermano, que también lo he hecho, padres o lo que sea para consumir y te das cuenta de que se te ha ido de las manos. Robaba a mi hermano grande o pequeño, oro o lo que fuera. […] He sido acusado por robo con fuerza. Tendría unos 25 años, iba con un colega que iba del mismo palo. Él tenía un año menos que yo, íbamos por los cajeros con un cuchillo, es lo que tiene el mono. Íbamos tapados y le robábamos a cualquier persona. La droga te lleva a eso, a cometer cualquier locura para tener eso. Lo hice varias veces, hasta que me cogieron. Estaba enganchado a la heroína y entonces… tenía 20 o 21, estuve en la cárcel. (Javier)

Estos actos delictivos los hacen entrar en el circuito judicial; y a muchos los sentencian con penas de cárcel. En esta situación se suma una nueva lucha, resolver la situación penal, a los problemas para sostener un consumo de drogas a diario.

El circuito jurídico-penal

Prácticamente todos los participantes han tenido problemas con la justicia, aunque no todos han tenido que cumplir condena en prisión. Entre los dieciséis usuarios entrevistados formalmente, once han estado en prisión, de los cuales cuatro tienen experiencias en las prisiones de menores: Ramón, Julián, Alexis y Jonatan. Ramón me habló de su experiencia por las prisiones de menores; y Alexis, de su paso por los centros de menores y los centros penitenciarios de menores y de adultos:

> Yo ya empecé a los 16, iba con una bicicleta haciendo la sirla [robar] y me metía lo que fuera: tabaco, bolsos; lo que fuera. Eso fue por el 77-78 y, en 79, entré. Me metían en reformatorios, pero me escapaba. Luego entré en menores. No éramos muchos, éramos tres o cuatro y nos tenían limpiando por ahí. Entré en Tarragona tres meses y yo y otro limpiábamos por fuera la acera y me enviaba un picoleto [guardia civil] a comprar enfrente tabaco, un paquete de Ducados. Era muy parecido a la Modelo, pero con tres galerías nada más. Salí absuelto. Luego hicieron espacios para el vis a vis; y las comunicaciones. Antes no había, ahora sí, tienes vis a vis y dos comunicaciones semanales. Por

eso los mayores flipamos con lo que hay ahora, para nosotros es un colegio, antes no era ni un colegio ni nada, era un patio donde nos apuñalamos los unos a los otros. Era la época de los notillos, cuando el Vaquilla, subía para arriba de los tejados enviado por los mayores, a los menores ahí, a liarla. A tirar tejas o lo que fuera, mandado por los mayores. (Ramón)

Tendría 15 años, fue en la época que me puse más rebelde. Los del EAIA (*equips d'atenció a la infància i l'adolescència*) decían que yo era una mala influencia para mis hermanos. Yo quería estar con mis hermanos, entonces salí peor y mis hermanos lo pasaban mal. La asistenta les comía la cabeza a mis hermanos. Decían que yo iba a ser una persona como mi madre y mi padre. Mi hermana se escapó una vez porque quería estar conmigo. En el centro de Lérida me daban cada día 300 pesetas y yo me compraba un Fortuna, me lo fumaba dos o tres días. El cambio me lo guardaba hasta que conseguía 2000 pesetas para cogerme un billete. Cogía y me escapaba. También me iba a la discoteca grande que había allí con cuatro salas, la Waldentron, a las afueras de Lérida. Cogía y saltaba por un tercer piso. Hasta los 16 iba con aquellos amigos y un señor mayor. Luego vino la policía y sacaron hasta el arma y yo con un cuchillo diciendo: «Que no, que yo me quedo con mi familia». Mi abuela lloraba al ver esa situación, yo con el cuchillo jamonero, ¿por qué me tenía que ir? Luego estuve en Trinidad, Modelo, Brians…Yo entré a la cárcel con 15 años en verdad, pero yo decía que tenía 16. Entré en Trinidad, yo dije que tenía 16 porque, si no, hubiera ido a un centro de menores. Primero entré por quince días, luego por dos años. Cuando entraba, entraba por quince días, un mes, dos meses… Luego ya me bajé todas las causas. Venían unos abogados los martes y les dije que me bajaran todas las causas, hablé con mi abuela y dijo que era mejor. Salí en el 2000 con 18 años, en menores ya no me querían. De ahí me fui en primer grado a la 5.ª de la Modelo, que es donde se pagaban los primeros grados. Salí y duré nada robando, duré poco tiempo sin robar ni nada. (Alexis)

Para muchos entrevistados, las detenciones y las entradas y salidas en prisión se vuelven habituales. Julián resumió su historial penitenciario relacionado con la venta de drogas y robos, y Esmeralda explicó la infinidad de detenciones que había tenido y su paso por prisión:

Mis condenas van relacionadas con robos para la droga y por tráfico. Con 16 años entré por primera vez en menores de Sevilla y después, con 19 años, en la Modelo. En la Modelo estuve preventivo veinte meses, después me juzgaron; me cayeron 4-2-1 y eso lo pagué en el 98, 99, 2000 y luego estuve siete años: entré en 2004 y salí en el 2011. Ahora tengo un juicio el día 1 de enero y estoy en libertad condicional, acusado de tráfico. Por menudeo. Nunca he hecho una medida alternativa. (Julián)

> En relación a los delitos, tengo un historial que pesa para las dos manos. Cada vez que me cogen en el juzgado me dicen «hija mía», pero eso fue de los 20 a los 30. De los 30 para adelante, no tengo casi nada. La primera entrada estuve un año en Wad-Ras [centro penitenciario de mujeres de Barcelona]. Tuve un robo con fuerza e intimidación, iba con gente que iba al lado, yo pecaba con ellos, pero nunca he intimidado a nadie. Una vez me quise defender, cogí una barra de hierro, vino la policía y los que estaban viendo dijeron: «Está la barra debajo del coche». Todas estas cosas han pasado de los 20 a los 30. Entré por esto con 20 y estuve un año. Salgo a los 21 y vuelvo a entrar a los 24 otro año. Vas a Wad-Ras y acabas en Brians. Ahora llevo dos años en libertad y, desde entonces, no he hecho nada. En los calabozos he estado siete veces; y cumpliendo condena, dos veces. La primera un año y la segunda un año y medio. Ha sido por cómplice, porque yo, ir directamente, no he hecho nada. No estoy por robar ni nada. Ahora estoy acusada contra la salud pública porque me pillaron con cuatro papelas en el pecho por hacerle un favor a un chico de aquí, me pilló dos por 20 euros y la policía me pilló haciendo eso. Me metieron contra la salud pública. Como la otra vez, que llevaba unos zapatos que me los habían dado en el CAS y la policía decía que los había robado, ¡porque me quieren meter presa! Actualmente… El otro día vino la asistenta social y el médico a un juicio, de cuatro años se me han quedado en una multa de 20 euros. Ahora me faltan dos cosillas más: el día 13 tengo forense y este viernes 7 tengo otra cosa, nada…, una por una multa por un hurto, que es lo de los zapatos, y el 7 tengo que ir a que me den una sentencia. (Esmeralda)

Otros participantes me hablaron de muchas condenas cortas que, a veces, se solucionaban pagando una multa. Vanesa me explicó que, normalmente, pagaba las multas o que había tenido que entrar en prisión por muy poco tiempo. En el momento de la entrevista, estaba pendiente de otra condena corta:

> He sido acusada por robo. Siempre robos, hurtos. Robos, no. He tenido muchas, la verdad que sí. Tengo que ir a pagar una y tengo que hablar con el abogado para ver si la pago o no. Es el pago, no prisión y, si no, tendré que hacer rollos de esos de la comunidad [trabajo en beneficio de la comunidad]. Hace mucho que tengo hurtos, pero solo he entrado una vez en prisión; y por un mes, por no pagar. Siempre me he ido escapando, no me han pillado. Me han pasado tantas cosas… Tengo una causa pendiente, de momento una, pero no lo sé. Me lo lleva en Àmbit-dona [programa de atención sociosanitaria]. Nunca he hecho una medida alternativa y nunca se me ha ofrecido.

Edgar me explicó que había tenido condenas largas, pero que, en los últimos años, había tenido que entrar en prisión poco tiempo por el impago de multas:

> He sido acusado por delitos y faltas… Tuve una causa de seis años, del 2002 al 2008. En la actualidad, no tengo causas pendientes. Tengo multas por consumir en la calle por la noche. A horas varias, por estar consumiendo, el material nunca lo tiro. Recojo lo mío y el de otros. Me multaron cinco veces, ponen 180 euros por cada una. Si no pagas, se convierte en días de prisión. Son unos 25 días y estás 1 por 2, estás unos 12 días. Es lo que decimos una cura pequeña de desintoxicación. Cuando estamos enganchados, dejamos de pagar las multas para entrar en prisión y, cuando salimos, volvemos a consumir un poco menos. Sales y, con poco, te sube de otra manera. Es una cura de quince días, pero solo lo hacemos con la cocaína.

Mick me explicó cómo, en varias ocasiones, pudo evitar entrar en prisión por quedar absuelto o por pagar la multa:

> Estuve en calabozos y salí con pena de prisión para un año, pero me lo hicieron pagar con dinero o trabajos sociales. Primero con 18 años, pero antes salí siempre absuelto. Era menor. A otro colega, seis años; a otro, año y medio; y a mí, un año. No pagué nada de esta, el fiscal me pedía un año y salí absuelto. Era menor, 16 o 17. De los 18 años 20, me cayó una pena para seis meses de prisión si no pagaba 4000 o 5000 euros, si no pagaba antes de las 13 del mediodía. Yo tenía 23 años y mi exmujer se movió y al final mi padre; mi madre no tenía dinero, nadie tenía dinero, y se le ocurrió a mi madre llamar a mi padre. Tenía negocios muy buenos, tenía pasta y mi padre me pagó la salida. Iba a la Modelo y al final no fui. La última fue hace poco, por un cúmulo de causas. Tenía varias causas que no fui y se me juntó un desacato a la autoridad. Eran dos robos con un desacato porque me peleé con un policía y se me juntaban tres o cuatro cosas. Tenía que pagar más de un año y medio, al final pagué 4000 y pico de euros. Lo fui pagando fraccionado cada mes. Ahora no tengo nada pendiente y todo lo he pagado de forma económica.

En otros casos, la condena, además de acompañarse del pago de una multa, implica una serie de medidas alternativas como método de devolución del delito. Estas pueden ser desde trabajos a la comunidad hasta controles de orina y seguimientos en el CAS. Entre los participantes entrevistados, Ramón y Esmeralda seguían una medida alternativa, pero, finalmente, tuvieron que entrar en prisión. Jonatan me habló de diferentes oportunidades de medidas alternativas que no pudo cumplir con éxito:

> Mira que me han dado la oportunidad de irme a una comunidad buena que vale 1500 euros, a Egueiro, para la condicional, y no lo he aprovechado. Duré en la calle cinco días y mira que estuve a punto de decirle a la médico del CAS de Brians 1 que no estaba muy seguro de irme a la comunidad, que iba a meter la gamba. Fue en 2011 cuando hice la medida alternativa, pero quebranté, fue la última vez que estuve en prisión. Luego el juez me metió los doce meses que me quedaban en prisión, pero no me metieron el quebrantamiento. [...] También me metieron en el centro de día de la calle Belchite de L'Hospitalet. En 2009 o 2010 estuve allí. Cumplía medida alternativa, pero llegué hasta el culo y me regresaron. Mira que estaba bien, porque íbamos por las tardes dos veces a la semana a un polideportivo tope de grande. Por las mañanas, hacías tu terapia y comías allí y todo. Siempre la estoy cagando; y mira que me dan oportunidades.

Finalmente, a muchos participantes nunca los han acusado de ningún delito. Sin embargo, por su vida precaria, los han sorprendido con comportamientos incívicos que no han trascendido más allá de una falta administrativa. No obstante, muchos usuarios deben ir a prisión por el impago del cúmulo de faltas administrativas. Dave y Cris me explicaron los motivos de algunas de las multas que han tenido:

> No, no, no.... Yo ya no trafico con nada. Nunca he estado en un calabozo. Tampoco tengo ninguna multa por pincharme en la calle, porque yo no consumo en la calle. Solo tengo multas de metro, por colarme y no llevar billete. (Dave)

> Nunca he sido acusada de nada ni he estado en los calabozos. Soy blanca [sin antecedentes], completamente. Tengo multas por llevar bolas. Hace un año y pico nos quitaron un par de bolas. A los 21 o 22 fue la primera vez que estábamos en la calle y estuvimos nueve meses; y esta es la segunda vez, que llevamos tres años. En esta vez, nos quitaron siete u ocho bolas en la boca y me llevaron a juicio, pero quedó en nada la cosa. Me quitaron las bolas y no estuve en calabozo. Por consumir en la calle, de momento, no me han multado. (Cris)

Los problemas con la ley y los ingresos en prisión son situaciones que rompen con las trayectorias de los usuarios que buscan solución desde los centros sociosanitarios de atención a las drogodependencias. En muchas ocasiones, imposibilitan la continuidad de los tratamientos o procesos de derivación para resolver sus problemas de consumo de drogas.

Monos, sobredosis y bichos

El consumo intensivo de drogas reporta graves consecuencias a la salud que, junto con los problemas personales, económicos y jurídicos, conducen a los consumidores a reflexionar sobre el rumbo de su vida. Los consumidores buscan asistencia en los centros sociosanitarios u otras medidas terapéuticas por decisión propia, por presión familiar o por obligación de las instituciones judiciales. En este apartado, analizo los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas y los itinerarios terapéuticos que llevan a cabo los consumidores.

A diario, los consumidores corren el riesgo de sufrir graves daños para la salud relacionados estrechamente con el uso de drogas por vía parenteral en entornos de riesgo que les impiden llevar a cabo un consumo higiénico y seguro. Los daños recurrentes son las reacciones adversas (intoxicaciones agudas y sobredosis) y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Además, también sufren los daños del síndrome de abstinencia a sustancias.

La consecuencia más grave del consumo de drogas es la muerte por sobredosis. Todos los participantes, excepto los que consumen de manera intensa, tienen en cuenta este efecto adverso y lo intentan evitar a toda costa. Para ello, los usuarios llevan a cabo diferentes prácticas de protección (consumir la dosis en dos tomas, acudir a una sala de consumo, consumir acompañados, etc.). Por ejemplo, Vanesa me habló de una sobredosis que sufrió en Can Tunis que le provocó una serie de problemas de salud por los que tuvo que cambiar su estilo de vida:

> Me pasó en Can Tunis… Yo digo que fue un accidente de moto, pero fue de un pico y me quedé de sobredosis. Me quedé más de veinticuatro horas del mismo lado y la sangre no me circulaba. Fue por la pose en la que me quedé. Mira qué cicatriz llevo en el brazo, la sangre no me circulaba… Yo digo que fue de un accidente, porque a nadie le importa si fue de un pico o de una pala. Eso me pasó en Can Tunis. ¡Me pasó en una cueva y estaba invitando a una chavala!, ¡me dejó tirada y hala! No querían llamar a la ambulancia, no sé por qué, pero me dejaron tirada allí. Pasó un hombre con un perro y vio que el perro le decía algo, me vio a mí y llamó a la ambulancia. Me pillaron medio muerta, estuve dos meses en coma, se me pararon los riñones, estuve haciendo diálisis y me dieron cinco paros cardíacos. Estoy viva porque me lamió el perro, hijo. Solo sigo tratamiento para los antirretrovirales. No sigo nada más porque tengo un corazón muy fuerte.

Esmeralda también me habló sobre las consecuencias cardíacas que le reportaron las reacciones adversas al consumo de crack:

> Me tengo que operar del corazón, si no, me muero. Fumaba cocaína en base y me jodí las cuatro válvulas. Tres se han puesto bien solas y una se ha quedado un poco abierta. Eso pasó hace años y estuve ingresada dos meses en el hospital. Hace dos años. Y aquí estoy muy bien. Me han dicho que, si se me hinchan las piernas o me dan pinchazos en el pecho, que me ingresarán y me harán cuatro rajas para intervenirme y me la cerraran, porque cuando bombea me vuelve sangre y no debería pasar.

En ocasiones, las sobredosis están relacionadas con intentos de suicidio. El deseo de morir, en etapas de consumo intenso, es un tema recurrente en muchos de los participantes. El suicidio puede estar relacionado con problemas personales o el diagnóstico de una enfermedad crónica, como el VIH. Llegados a ciertos extremos de desesperación, los entrevistados experimentaron diferentes episodios de autolesión y tentativa de suicidio. Edgar me habló de episodios de este tipo en una época de consumo intenso:

> Hace quince años ya me había metido algún que otro pico, pero a partir de ahí ya empecé a consumir con más frecuencia. Sin ningún tipo de control, fue un intento de destrucción masiva hacia mi parte. Fue machacarme, me quería autodestruir y consumía, tomaba de todo. Me hacía picos de cocaína con J&B [whisky]. No era por consumir, era porque me quería morir. Era un intento de desaparecer. Tomo conciencia que el consumo es un problema a partir de pillar el VIH.

El diagnóstico de una enfermedad infectocontagiosa es una de las peores noticias que reciben los consumidores. En un estudio sobre el perfil de los consumidores de drogas por vía parenteral de Cataluña (Folch, Casabona, Brugal *et al.*, 2012), se detecta una prevalencia del 70 % de hepatitis C y un 30 % del VIH. No obstante, a lo largo del trabajo de campo, observé que el diagnóstico de hepatitis C no se toma con tanta preocupación como el de VIH. La hepatitis C se considera una enfermedad lenta que, durante años, puede no producir ningún síntoma visible. Mientras que, aunque el VIH/sida también cursa de forma lenta, la infección de este virus se asimila peor porque se trata, aún, de un cuadro clínico crónico que no tiene curación y con serias consecuencias orgánicas, psicológicas y sociales. Jonatan recordó la situación de deterioro que le produjo la confirmación del diagnóstico del VIH y cómo precisó ayuda de especialistas:

> De salud, estoy destrozado. La hepatitis C me la diagnosticaron en 2008 y el VIH en septiembre de 2012. Me lo detectaron en Baluard, vi el papelito y dije: «Que me lo voy a hacer»; y me salió positivo. A partir de ahí, empecé el tratamiento en el Hospital de Bellvitge. Yo creo que me infecté 100 % en Zona Franca. Fuimos allí, habíamos cobrado y nos fuimos con lo justo con tres o cuatro *insulinas* [jeringas]. Estuvimos metiéndonos y se nos acabó el material. Le cogí la chuta a mi colega, la lavé un poco y, con toda el ansia, no pensé que me iba a contagiar. La hepatitis C creo que la cogí con una prostituta o algo. Sí, me había pinchado, pero siempre había tenido mucho cuidado. No sé, a lo mejor, un filtro, una cazuelita, cualquier cosa que te descuidas un poco con el colocón y lo pillas. […] Esto se me vuelve central, una época que me daba todo igual. En Baluard me tuvo que tratar el psiquiatra. Había uno calvo que venía de Vall d'Hebron que me tuvo que tratar. Con el tema del VIH caí en picado. Era consumir, era que no quería vivir, quería quitarme la vida. Me tuvo que poner antidepresivo y todo. Lo pasé fatal y tuve la ayuda de todos. No quería vivir. Fue a los cinco o seis meses de salir de prisión.

Vanesa y Erika también me explicaron sus experiencias y los períodos que dejaron de tomar la medicación antirretroviral a consecuencia de sus problemas personales y el consumo de drogas intenso:

> En tema salud, tengo de todo. En el 2000, me diagnosticaron el VIH; de ahí me pasó la hepatitis C, igual. Antes, no me ha había hecho una analítica. Fue en un centro, me quedé embarazada, que lo perdí; me sacaron sangre y me lo dijeron. Me quedé, ¡buah!, se me cayó el mundo encima, para qué vivir. Tú no sabes la que se te viene encima, muy fuerte. Lo pillé por compartir jeringuilla con una amiga que me dijo que no lo tenía. Empecé a tomar los antirretrovirales, estuve un tiempo sin tomar, hasta que no me di cuenta que no quería aceptarlo. Vi que las defensas me bajaban, tenía doscientas y pico defensas, muy chupada y ya rápido. Ahora me medico y todo. (Vanesa)

> Tengo VIH y hepatitis C, y creo que lo cogí por aguja. Sí, compartiendo material con una persona que ya sé. Ahora sigo mi medicación y de momento no sigo Interferón porque estoy del hígado bien. Me diagnosticaron el VIH hace años. Yo estuve en un centro en Tarragona, CECAS, y allí empecé la medicación, pero cuando salí, después de un año y medio con el alta, me perdí y ya dejé de tomar medicación, dejé de todo y me empecé a perder otra vez. Me quedé mal, pero he vuelto con mis abuelos, tomo la medicación y me he vuelto a recuperar. No solo es por la medicación, también es por la gente. Me ves hace seis meses y estaba hecha una mierda. Estoy mejor ahora, que lo estoy haciendo sola, que hace tres años, que lo hacía en un centro. (Erika)

A lo largo del trabajo de campo he detectado que los consumidores, en fases de consumo intenso, tienen serias dificultades para hacerse las pruebas diagnósticas y confirmar las posibles infecciones, así como para hacer seguimiento farmacológico y terapéutico de la enfermedad. Entre los consumidores existe ambivalencia ante el diagnóstico relacionada con el miedo y el escepticismo de haberse contagiado a causa de una mala praxis en la preparación de las dosis o el compartir jeringuillas. Además, existen una serie de falsas creencias sobre el contagio y las prácticas de consumo que ponen barreras para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Por último, el padecimiento del síndrome de abstinencia a opioides o cocaína es otro de los problemas de los consumidores que los lleva a buscar soluciones terapéuticas. Es una consecuencia que intentan evitar todos los usuarios, excepto los que consumen de forma ocasional y no desarrollan este tipo de malestar. Dave me habló de cómo experimentó el síndrome de abstinencia a opioides y de su recorrido por diferentes ciudades del Estado español para buscar soluciones a sus malestares:

> Entonces, a partir de allí me fui a Valencia, a Sevilla; y es cuando conocí a otro perla que te cagas. Ahí fumaba, no me pinchaba, porque allí no se pincha, se hace rebujao, que eso engancha más. Es coca con caballo [mezcla también conocida como *speedball*] y quieres más, quieres más y, cuando se acaba, quedas mal y tienes ganas de ir a robar. Pero, con la heroína, no; si tú tienes dos dedos de frente, te metes un pico y *yastá* y te quedas bien. Yo, mira, ahora me he metido y estoy bien. Aquello era como la base, fumas y quieres más y más. Fumabas, fumabas y fumabas. Luego me fui a Lérida, que tenía un amigo, y luego a Valencia, donde me entró un frío, un frío que tenía, unos temblores; y digo: «¿Qué me pasa?». Y yo le dije a un pavo que conocí en un bar: «vamos a pillar coca… Mira que tengo estos síntomas ¿de qué será?». Me dijo: «¿Tienes fiebre?», «No», «¿Qué has tomado?», «He tomado caballo», «Pues *yastá*, tú lo que tienes es el mono». Entonces me explicó, porque yo no sabía nada de nada de nada. Entonces tuve que coger el tren más rápido hacia Barcelona y me fui al CAS.

Pallarés (1996:30) refiere que la dependencia física más o menos puede objetivarse por la correlación de síntomas. Sin embargo, advierte que muchos usuarios, en los servicios asistenciales, hacen demandas asociadas al síndrome pese a no haber desarrollado tales síntomas. Por lo tanto, el síndrome de abstinencia muchas veces se construye simbólicamente por los factores psicosociales y culturales de los consumidores. Si bien la clí-

nica diagnostica estos signos y síntomas —físicos y psicológicos— con diferentes escalas de valoración para la monitorización del proceso (Fernández Miranda y Pereiro, 2007:20-22). En el caso de la cocaína, también se manifiestan una serie de signos y síntomas que se desencadenan en un proceso secuencial de tres fases (*crash*, abstinencia y extinción), que comienza en el momento de la interrupción del consumo, bien sea por agotamiento o por la falta de cocaína (Llopis, 2001). En un estudio realizado en Barcelona, se constataba que el aumento del consumo produce la necesidad o deseo de aumentar la cantidad (*craving*), lo que conlleva problemas económicos y produce síntomas psicológicos como la ansiedad, el insomnio o la fatiga, entre otros, que se experimentan físicamente (Díaz, Barruti y Doncel, 1992:198-207).

Múltiples itinerarios terapéuticos

Los consumidores, al sufrir problemas de salud y otros problemas de tipo social y jurídico, emprenden diferentes caminos terapéuticos para hacer frente al consumo intenso de drogas. No existe un orden predeterminado en el itinerario terapéutico, pero, para facilitar el análisis, divido este apartado en cuatro puntos según las experiencias de los entrevistados: los que inician el tratamiento en centros cerrados o de régimen residencial (comunidades terapéuticas), unidades de desintoxicación y prisiones, y continúan su tratamiento en la comunidad; los que llevan a cabo el seguimiento en los CAS y los centros de día; los que comienzan el tratamiento en los CAS, y los que desde el CAS u otro tipo de centros ambulatorios solicitan ingresar en comunidades terapéuticas u otros centros similares. Además, los consumidores hablan de diferentes formas de autoatención al margen de la red asistencial como solución al consumo intenso de drogas.

De las instituciones totales al seguimiento ambulatorio

Entre los participantes hay casos en que el primer tratamiento de las drogas no se inicia de forma ambulatoria. Los que inician tratamientos en comunidades terapéuticas, argumentan la necesidad de separarse del medio en el que habitan para dejar de consumir y reflexionar sobre sus problemas relacionados con el consumo y las diferentes cuestiones que los llevan a este. El paso por la comunidad terapéutica lo valoran como un período

positivo, pero el problema surge al enfrentarse a la salida; por lo que muchos, al volver al barrio o durante algún permiso, recaen en un consumo intenso. Vanesa me habló de su experiencia en una comunidad terapéutica y cómo, a la salida de esta, probó diferentes recursos hasta iniciar el tratamiento con metadona en el que sigue en la actualidad:

> Fui a la comunidad porque una tía me llevó a la monja [sor Genoveva, fundadora de la Obra Social Santa Lluïsa de Marillac, fallecida a mediados de julio de 2015], que me envió a la comunidad donde Cristo perdió la alpargata. Estuve dos años, pero salí con tantas ganas… El tema es que el coco no te lo trabajan. Ahí es el fallo. Salí con 27 de la comunidad terapéutica, pero al salir me metí del tirón, fui a por droga. Aquí en el Raval, la droga está a la orden del día. Hice lo de las pastillas, también me hice la cura del sueño en una planta de desintoxicación, estuve en Terrassa, en Alba [unidad de crisis sociosanitaria], pero no recuerdo en qué año. Allí funciona a base de pastillas. Una semana y te curas, pero yo no vi que funcionara, porque volví otra vez a la mierda. Vuelves a caer porque no te trabajan el coco. En la cabeza está el mal, porque es una enfermedad. Ahora es cuando hago tratamiento, antes había tomado metadona para quitarme el *yuyu* y nada más. Ahora hago seguimiento por primera vez. Después de Alba voy a CECAS [piso terapéutico], pero dejé de ir porque me aburría, no me motivaba nada de lo que tenían. Tienes que tener un aliciente para salir de las drogas en esta vida. Si no tienes la mente ocupada, chungo; solo piensas en drogarte y no mola. En prisión no hice nada, solo estuve un mes cagao y mondao. Actualmente, tomo noventa de metadona, empecé con un cuarenta, vi que me costaba dormir, tenía el mono y empecé a subir. Tengo que venir todos los días, excepto el fin de semana, que me dan el *take-home* [dosis para tomar en casa].

Mick me habló sobre su expulsión de una comunidad terapéutica por dar positivo en una analítica de drogas y que acudió a un CAS para continuar el tratamiento, hasta la actualidad:

> Cuando entré en Proyecto Hombre [comunidad terapéutica], con el único que me hablaba era con mi tío. No me hablaba con mi madre y con mi abuela prefería tenerla al margen, porque es muy mayor la pobrecita; sabe todo, pero intento no darle mucha caña. […] Cuando entro en Proyecto Hombre ya puedo hablar todo con mi madre. Yo era muy cerrado sentimentalmente, pero a mí Proyecto Hombre me ha ayudado mucho para tener sentimientos, poder descubrirme a mí mismo. He aprendido a remover todas las cartas, ponerlas en su sitio y te sientes tan relajado… Tomas el control de tu vida. Ahora, lo tengo todo barajado, aunque esté montando lo de la empresa y tenga a mi hija los fines de semana. Lo tengo todo mezclado, si no, no consumiría. Poco, pero

> estoy consumiendo. [...] Al final, salgo de la casa de Proyecto porque al año y medio vuelvo a consumir. Seguí yendo al programa durante tres meses, hasta que se dieron cuenta. Al final me descubrieron y me echaron. Seguí consumiendo y a los ocho meses me di cuenta que estaba muy metido y comencé el PMM [programa de mantenimiento con metadona]. Estuve dos meses sin consumir, volví a tomar con la metadona, me la fueron subiendo y, hasta ahora, estoy un mes consumiendo y dos sin consumir. Los últimos dos años he estado así; hace tres días consumí. Cuando salí de Proyecto volví a casa de mi abuela y vivía mi madre. Tenía que estar ahí para tener un seguimiento con el PMM. Cuando salí de Proyecto, me moví para entrar en PMM y no tener que consumir. Solo consumía muy esporádicamente con el PMM, una vez a la semana o cada quince días. Cuando me preguntaron qué consumía, le dije la verdad al médico de CAS de Sants... Solo me llevo bien con el 10-12 % de los psicólogos y médicos, el resto no me interesa. Entiendo sus maneras de tratarte como tonto, sé que lo hacen así, pero que no me interesa ese juego para ponerte en extremo o para que saltes, he aprendido mucho en Proyecto Hombre y no me gusta que vayan como por detrás, prefiero tratarlo de cara en temas serios como esto.

Los consumidores, tras fracasar en los tratamientos en comunidades terapéuticas, buscan atención y seguimiento en el medio comunitario, acudiendo a los CAS o solicitando el tratamiento de mantenimiento con metadona. En otros casos, los consumidores no consiguen acceder a los tratamientos y los hacen al ingresar en prisión. El ingreso en prisión supone romper con el medio habitual donde se consume drogas; si bien la prisión no es garantía de estar apartado del consumo de drogas, pues en su interior proliferan todo tipo de sustancias, sobre todo cannabis y derivados, heroína, metadona y psicofármacos no prescritos (Bañuls, Clua, Imbernón *et al.*, 2019). En prisión, existe la posibilidad de iniciar un tratamiento farmacológico o psicológico para el consumo de drogas. Miguel me explicó las dificultades que tuvo para iniciar el tratamiento con metadona en un CAS y que tuvo que hacerlo dentro de prisión:

> Yo entré en la cárcel en 2004 para los seis meses. Antes de entrar, me iba a ir al CAS a pedir un tratamiento, llegué y le dije a la secretaria que quería un tratamiento porque estaba enganchado a la heroína. Pensaba que me daría hora para mañana y así no tomaba más heroína. Me dio para dentro de tres meses, ¡tócate los huevos! Entraba preso en una semana y quería entrar estando en tratamiento. Que tienes que estar tres meses en espera. Si consigo tres meses sin tomar heroína, para qué quiero tomar metadona, si ya estoy limpiado. En una semana sin tomar heroína, ya te has limpiado, consigues la abstinencia física. La psicológica es diferente. Me cagué en su puta madre y luego me

> fui preso. Cuando la volví a ver, le pedí disculpas. Empecé la metadona en prisión y me prescribieron un veinte (miligramos) y cada semana me fueron subiendo hasta ciento veinte si no me equivoco. Me lo daban en dos veces, sesenta y sesenta. A la tarde bajaba a enfermería y me daban el otro sesenta. Me he desintoxicado de la metadona dos veces y me he vuelto a meter. Una vez me desenganché y al cabo de un mes y medio volví. Me pinchaba coca, pero era el caballo lo que me hacía ilusión. Volví al CAS y, como tenía la ficha, me cogieron enseguida. La segunda vez fue lo mismo. En prisión, me salí de la metadona cuando estaba en el seis. Estaba a un diez y me bajaron un cinco y un cinco. He vuelto porque tomaba otra vez heroína, cocaína también, pero no tan a saco. Luego cambié la heroína por la cocaína.

Los consumidores, tras salir de prisión, tienen la posibilidad de vincularse a los CAS para continuar el seguimiento a los tratamientos prescritos. Miguel, a la salida de prisión, volvió a su CAS de referencia para retomar el tratamiento tras una desintoxicación dentro de prisión.

Seguimiento en los CAS y los centros de día

Los participantes que comienzan tratamiento ambulatorio para el consumo intenso de drogas deben pedirlo en los CAS. Los programas de mantenimiento con metadona son el tratamiento de elección desde los años noventa, sobre todo para tratarse el consumo de heroína. Asimismo, en los últimos diez años, se ha introducido el tratamiento con buprenorfina o buprenorfina/naloxona. En la muestra, son pocos los que comienzan estos tratamientos como primer recurso para dejar o reducir el consumo de heroína. Uno de ellos es Dave, que, tras sufrir los efectos del síndrome de abstinencia, viajó de Valencia a Barcelona para solicitar tratamiento a su CAS de referencia, donde le detectaron que estaba infectado de hepatitis C. Así lo explicó:

> Me fui al CAS, me dieron la metadona y me hicieron unos análisis; y a partir de ahí me dijeron que yo tenía hepatitis C. Me lo diagnosticaron a finales de 2008. Empecé con un treinta, que no tendría que haberlo hecho, porque el médico, el imbécil, me la puso cuando yo solo llevaba tres meses metiéndome heroína. Me podría haber dicho: «Mira, toma unas pastillas, lo puedes pasar mal, no te enganches a esto», y el tío me dio metadona. El médico se equivocó… Es el peor CAS de Barcelona… Son unos cabrones, hijos de puta que no tienen perdón de Dios… La Generalitat, por favor, no valen nada… Por mi hija, que está muerta. No me dan las pastillas que me tiene que dar.

Kike por su lado, comenzó el tratamiento con buprenorfina/naloxona en Galicia, unos meses antes de trasladarse a Barcelona:

> Cuando ya llevaba años, me fui a centros de drogodependencia. Allí son diferentes, son centros que dispensan medicación, pero no son narcosalas [sala de consumo higiénico]. Te dan metadona, Suboxone [buprenorfina/naloxona], para ayudarte. La metadona la cogía en la calle cuando lo intentaba dejar, rebajándola totalmente, aunque me costara sufrimiento físico. Lo hacía en Galicia, aquí solo una vez. Era cosa mía, no era tratamiento. El tratamiento que tuve fue con Suboxone allí y aquí. Ahora estoy con Suboxone, pero los días que tomo heroína no me lo tomo, porque te da síndrome de abstinencia. […] En todos los centros de drogodependencias hay psicólogos que te ayudan mucho. En Galicia te recomiendan que vayas con un acompañante y, en mi caso, era mi pareja. Una vez les dije que si se lo decía a mis padres y me recomendaron que, si eran mayores, para qué los iba a preocupar. Fue cuando lo dejé con mi chavala… Comencé tratamiento sin apoyos.

Para los consumidores de heroína, comenzar el tratamiento con metadona o buprenorfina es una solución para frenar el malestar del síndrome de abstinencia y la búsqueda diaria de dinero para consumir heroína. Desde los CAS, los usuarios piden ayuda para resolver problemas de carácter sanitario, social y jurídico.

Muchos participantes también buscan ayuda en centros de día, normalmente vinculados a los CAS o a entidades dedicadas al tratamiento en comunidades y pisos terapéuticos. Los participantes infectados por el VIH suelen pedir ayuda en centros de día u hospitales de día especializados, con el objetivo de llevar un seguimiento más específico sobre los efectos del consumo y la comorbilidad de esta enfermedad. Edgar me explicó que, después de llevar varios meses en la calle tras salir de prisión, hizo seguimiento de analíticas de orina en el CAS Lluís Companys sin demasiado éxito; seguidamente, solicitó ayuda en la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Cataluña (ACASC) para un seguimiento holístico de sus problemas:

> Nunca he estado en ningún centro, solo he pedido la metadona en prisión. En prisión he ido a grupos de drogas para ver si me daban los permisos, seamos sinceros. A la que ves que no te van a dar nada, coges y les dejas con su charla psicodélica. Actualmente, voy al CAS de Arc de triomf (Lluís Companys) para hacer analíticas por mi cuenta y para ver si no consumía, pero a la que se me han comenzado a doblar las cosas y he empezado a consumir, lo dejé. Quiero empezar a ir al psicólogo, porque mi situación personal ha empeora-

> do. De momento, voy al psicólogo del ACASC, que es el que me lleva y me ayuda a afrontar mi situación.

Juanjo también me contó que, después de muchos años sin ningún tipo de tratamiento o seguimiento, inició una vinculación con ACASC para hacer un seguimiento de su enfermedad e iniciar unos trámites para ingresar en un piso terapéutico y desaparecer de Barcelona:

> He recaído cuarenta veces. Esta vez estoy recibiendo una ayuda muy importante. Tengo ayudas de todo tipo, para lo bueno y para lo malo. No estoy indetectable y debería estar tomando antirretrovirales desde hace mucho tiempo. Quiero entrar en el piso de ACASC. Mi intención no es quedarme en Barcelona, es marcharme a Asturias, que tampoco quiero; pero a mí me da igual Asturias que… Es cambiar totalmente el chip. Tengo los papeles arreglados para la paga no contributiva, ya tendría la paga y me quedaría unos meses en Barcelona, cuatro o cinco meses y, para primavera, marchar. Quiero irme seguro. Esto es un cambio de vida, puedo haber cambiado de sitio, pero no de vida total. Es como empezar sin pasado, suena mal, pero es así. Hay puertas que cuesta cerrar, pero las tienes que cerrar. Barcelona me gusta mucho, pero no me quiero quedar aquí, Barcelona no tiene mucho secreto.

Para los usuarios habituales de las SCH con graves problemas de salud, acudir a los centros de día es una buena opción para tener una continuación de los procesos problemáticos con el consumo intenso de drogas y los problemas concomitantes.

De vuelta al encierro

Muchos usuarios, después de llevar un tiempo en seguimiento desde los CAS y no encontrar mejoría en su situación, inician los trámites para que los deriven a una comunidad terapéutica u hospital y, así, llevar a cabo una desintoxicación o estabilización en unidades de patología dual, plantas que tienen el objetivo de tratar la comorbilidad psiquiátrica y el consumo de drogas. Miguel me explicó que su CAS lo había derivado en varias ocasiones a unidades de salud mental sin demasiado éxito y que también le habían propuesto un ingreso en la Unidad de Patología Dual de Martorell; durante la entrevista, habló de los motivos para no ingresar en este tipo de centro:

> Desde el CAS, me han enviado de un sitio de drogadicción a un sitio de patología dual, al Duran y Reynals, en frente de Bellvitge. Luego a Martorell, a

> un sitio de monjas, casi dos meses, y no se les ocurre otra cosa que enviarme a Sant Boi, porque decían que yo tenía una enfermedad mental. Esto hace dos años. La primera vez en Martorell y hace un año en otro sitio. […] Ahora tengo que ir por robos con fuerza que me he comido. Tuve que ir a buscar el papel y todavía no he pagado ningún mes. Si no pago un mes me pongo en busca y captura, pero ¿cuál es mi técnica? El día 1 tengo entrevista para ir a un centro de desintoxicación. A ver cuánto tardan en cogerme. Si estoy en un centro, me lo canjean como medida alternativa. Te envían seis u ocho meses a una comunidad y luego a un piso para que te adaptes a la ciudad. Si me lo dan, tengo que ir a los juzgados a informar. […] Estoy en un programa de medidas alternativas y voy al CAS, al psiquiatra. En el CAS estoy un poco desorientado, porque no me ayudan mucho en ese sentido. Me han tardado dos semanas y en una ocasión me enviaron a un centro psiquiátrico y yo solo estoy de drogas y depresión de no tomar drogas. […] Yo, ahora, pido por tercera vez que me envíen solo a un sitio de drogadicción. No Proyecto Hombre, sino a una comunidad terapéutica, pero no esa, porque yo soy muy escrupuloso y tengo paranoias; que tengas que estar con ochenta personas y luego te hacen pedir por la calle, hay comida podrida, yo qué sé. Me habían aconsejado que va mejor Remar [centro de reinserción evangelista] que Proyecto Hombre.

Julián me explicó los motivos que lo habían llevado a solicitar un ingreso en una comunidad terapéutica y en qué consistía el proceso:

> Tomé metadona por primera vez en el 1997, en la calle. La he dejado y he vuelto, la he dejado y he vuelto… No he hecho ningún tipo de terapia. He hecho seguimiento de analíticas en el CAS, pero, bueno… También seguimiento en el CAS de Brians. Nunca lo he intentado dejar por mí mismo. A primero de año, estuve en Alba [unidad de crisis] y, bueno, estuvo bien, pero no fui a ningún lado después. Actualmente, tomo metadona, Trankimazin y cocaína. Me llevan en Martorell. No tomo medicaciones por mi cuenta. Estoy pendiente de hacer un ingreso, porque me piden una condena por vender pastillas y algún robo en tiendas. Tengo una entrevista para ir a Alba y después irme a una comunidad. A ver qué tal.

En otros casos, muchos usuarios que hacen seguimiento en el CAS tienen que ingresar en prisión por no tener opción de cumplir una medida alternativa en una comunidad terapéutica o similar. Dentro de prisión se le da continuidad al tratamiento farmacológico (metadona y medicación psicotrópica) e inician las terapias o seguimientos para las drogodependencias ofertadas por las instituciones penitenciarias. Juanjo me explicó

su comienzo en el programa de metadona en su CAS de referencia y cómo continuó el tratamiento dentro de prisión hasta desintoxicarse:

> He hecho todo tipo de tratamientos. La primera época, fui al CAS Garbivent, a mediados de los noventa. Aunque estaban preparados, no tenían la información que había ahora. Había una doctora, Ana, que era mi doctora en el Garbi y en la cárcel. Era fantástica, porque ella sabía lo que estaba consumiendo y allí sabía que tomaba heroína y metadona, y me subió la metadona. Era otro rollo. He tomado metadona por etapas, la he tomado por un tiempo y siempre la he dejado en la cárcel.

Ramón me explicó que había tomado la metadona en sucesivas ocasiones dentro de prisión hasta dejarla y que en alguna ocasión le habían prescrito naltrexona[20] para evitar recaídas durante la situación de tercer grado con derecho a permisos:

> He estado unos dieciséis años en metadona y lo de la naltrexona. La dejé en prisión, en Brians, poco a poco sin enterarme y solo iba a grupos de tratamiento y poco más. He estado en metadona o Barceloneta o prisión. Hace años, estando en prisión me dieron caña y me obligaron a entrar en naltrexona para los permisos o iba dentro. Me dieron el tratamiento en el CAS y estuve quince días limpios y lo empecé a tomar porque, si no, te podían dar taquicardias si no estabas limpio.

Los consumidores inician un tratamiento ambulatorio con la esperanza de controlar y evitar los efectos negativos del consumo de drogas. Sin embargo, ante la suma de problemas relacionados con el consumo intenso de drogas, solicitan ingresar en dispositivos residenciales (comunidades o pisos terapéuticos) para continuar un tratamiento con más exigencia. En casos peores, muchos consumidores deben ingresar en prisión, donde pueden continuar con el tratamiento ya iniciado en la comunidad.

20 La naltrexona es un antagonista para los opioides que se prescribe con el objetivo de bloquear el acceso del agonista al receptor opioide a nivel molecular y sus efectos, entre ellos la analgesia, la euforia y los cambios fisiológicos. El objetivo es evitar la ingesta de opioides y así reforzar el deseo de no consumir y reducir la dependencia física y la tolerancia a estos. (Ochoa y Madoz-Gúrpide, 2005).

Estrategias de autoatención alternativas

Los entrevistados refieren utilizar diferentes métodos para dejar de consumir por su cuenta. Uno de los métodos más populares entre los entrevistados es dejar las drogas sin ningún tipo de apoyo farmacológico o psicológico, a lo que llaman, vulgarmente, *dejarlo a pelo.* Ramón y Kike intentaron en varias ocasiones dejar la heroína por su cuenta, pero no pudieron conseguirlo, debido a los efectos adversos del síndrome de abstinencia:

> Mira, yo no he pasado mucho mono, pero me he dado cuenta que he estado atrapadillo pinchándome caballo heroína. Yo siempre he sido de fumar y he estado tiempo en prisión, pero, cuando he salido y me he pinchado, he visto que iba a peor. No tendría que haber dejado la metadona, que la dejé a pelo, como aquel que dice. Lo dejé todo y salí; y otra vez con la mierda esta. A lo mejor lo he dejado por mi cuenta, pero he durado seis días como máximo. O he aguantado fumando poco, pero al final pinchando hace más efecto. (Ramón)

> Para dejarlo, al principio lo había hecho por voluntad propia, lo que pasa que no sabes lo que es un mono hasta que pasan unos años. Tú te ves capaz y le pierdes el miedo. Eres capaz de dejarlo porque, si te tiras diez días sin tomar, ves que no es tan fuerte, porque aún no sabes lo que son los síntomas de un mono mono; pero después de un tiempo es muy difícil quitarte por sí solo. (Kike)

La práctica más extendida para dejar las drogas es el uso de benzodiazepinas (Trankimazin, Rivotril, diazepam, etc.) sin seguimiento médico, que se obtienen a través de la compra a otros usuarios que las consiguen por prescripción médica desde su CAS de referencia. En algún caso, también se intenta desintoxicarse consumiendo hachís o alcohol. Dave me habló de cómo en ocasiones se desintoxicaba de la metadona consumiendo pastillas y porros:

> Yo, de la metadona, paso bastante. Yo creo que es peor la metadona que la heroína, porque luego los monos son más fuertes. Yo, por ejemplo, cuando he querido dejar la heroína, sé que en siete u ocho días sin tomar ya no tienes mono; y ya está… A base de algunas pastillas, algunos porritos, tienes que hacer un poco de esfuerzo y te quitas.

Miguel me explicó que, para afrontar las pesadillas causadas por la cocaína, había tomado grandes cantidades de pastillas:

> Cuando lo he dejado, he tenido un montón de paranoias, como que la gente me toca o algo. Cuando no tomo, no duermo mucho, bueno no duermo casi, me tengo que comer un montón de pastillas. Me tengo que comer quince rivotriles de dos miligramos a las 19 de la tarde y antes de las 8 de la mañana ya estoy despierto y ya puedo bajar a la calle. En esos casos, tomo un montón de rivotriles y trankimazines.

Edgar, por su lado lo había conseguido tomando alcohol:

> Nunca he probado una práctica oriental o alternativa. Nunca he probado algo religioso, ni borracho, ni colocado. Para la cocaína nunca he hecho algún tipo de terapia. Desde que empecé a los 18 años, ha sido coca y *speed*. Cuando he estado en metadona, ha sido más fácil no tener consumos. A lo mejor el fin de semana sí consumía, pero no era a saco. Cuando he dejado la coca, ha sido de forma natural, máximo lo he dejado a base de borracheras. A lo mejor, encerrarme en casa de un colega con whisky y cervezas, y pillarme una turca para quedarme sobando. A borracheras y así, te pasas los días de mono.

Los dos métodos anteriores se suelen acompañar de la búsqueda de actividades alternativas para evitar los itinerarios diarios de la ritualización del consumo. Berta y Jonatan dijeron que hacían actividades deportivas o diferentes entretenimientos para no pensar en los síntomas negativos de la abstinencia a la cocaína y la heroína. Así lo explicaban:

> Por mi parte, he intentado dejarlo haciendo ejercicio, vinculado a la lectura, la lectura es una cosa que me fascina, leo de todo. También me gusta la natación, es una cosa que echo de menos ahora en invierno. Soy una nadadora nata. Y estar con los amigotes, los veo todos los días. He ido a algún centro de día, allí leo o hablo con los amigotes. (Berta)

> Con Facebook, musiquita…; lo que fuera. Vivía en casa de ella cuando mi madre me echó de casa. Para que no me fuera a liarla, la chavala me compró la PlayStation 3, 200 o 300 pavos, y una *mountain bike* para hacer deporte. Imagínate si me quería esa chavala. (Jonatan)

En los casos más extremos, la solución es abandonar el medio habitual de consumo: cambiar de ciudad o estar unos días fuera de esta; y volver una vez desintoxicados. Con todo, para muchos, la vuelta a Barcelona significa volver al circuito diario de consumo y a los diferentes métodos para buscarse la vida. Por ejemplo, a principios de febrero de 2013, Alessia y Pedro conversaban mientras consumían en la SCH del SAPS. La enfermera estaba sorprendida de que Alessia hubiesa vuelto de Italia: «Si has estado una semana en Italia y has estado sin consumir, ¿cómo es que vuelves?». Alessia, con cierta confusión, le respondió: «No lo sé… Es esta ciudad».

Pedro confirmó la afirmación de Alessia mientras acababa de prepararse una inyección de heroína: «Sí, es esta ciudad… Te atrapa como una araña. Alessia, tú vales mucho, eres fuerte, no necesitas nada para dejarlo, no eres como yo, que no puedo dejarlo. Yo estoy muy liado». Alessia, un tanto exhausta: «Sí, es que no sé, mañana lo dejo».

Javier me explicó cómo consiguió dejar la cocaína y la heroína yéndose a la montaña, a un refugio precario:

> Para dejar las drogas por mi cuenta, me he ido a la montaña, para estar solo un tiempo. Vivía solo, en una barraquilla de huerto, estar solo allí, sin nada. En la cárcel lo dejé con metadona y luego te dan una medicación que no te dicen que es, que te la dan disuelta, que te deja atontado. Esa fue la primera vez que empecé en la metadona. No he probado ninguna otra cosa. Siempre he ido a centros abiertos, pero estoy mirando para ingresar en algún sitio, pero no sé dónde iré. Es lo único que veo factible para salir de esto.

Según los consumidores, Barcelona es una ciudad que, ambientalmente, induce a retomar el consumo de drogas. Sin embargo, alejarse de esta ciudad no se prueba como solución. Como me explicaba Javier, alejarse del medio de consumo debe acompañarse de una medida terapéutica, como la que se proponía (ingresar en comunidad terapéutica), pues esta forma de autoatención y los diferentes seguimientos en prisión y en la comunidad no le habían funcionado.

4. TRANSITAR HACIA LAS SALAS DE CONSUMO HIGIÉNICO

En las carreras de las personas usuarias de drogas observamos diferentes patrones de consumo, formas de usar drogas y estrategias de autoatención a lo largo de los procesos de salud-enfermedad-atención. Y entre las diferentes estrategias que utilizan para reducir riesgos y daños del consumo de drogas están las salas de consumo higiénico (SCH). Sin embargo, los usuarios acuden a las SCH motivados por distintos intereses. Estos dispositivos ofrecen espacios para el uso de drogas y otros programas y tratamientos para mejorar la calidad de vida de sus destinatarios. Durante el trabajo de campo, se observaron diferentes formas de utilizar las SCH y de moldear el uso de drogas en las diferentes escenas abiertas. Del mismo modo, se evidenció que los usuarios no utilizan las SCH con la misma periodicidad, sino que se detectó que la ritualización del consumo de drogas se alterna en diferentes entornos, como pueden ser los pisos de venta de drogas y la vía pública. Acudir a las SCH no es solo una decisión personal para los usuarios. A lo largo de las sesiones de observación participante, se detectaron factores ambientales, estructurales y sociales que influyen en la accesibilidad a estos dispositivos y, por lo tanto, en la adherencia e impacto en las necesidades sociales y de salud de los usuarios. Este aspecto tiene implicación en los itinerarios terapéuticos y la gestión de las estrategias de autoatención del uso de drogas de la población estudiada.

Para conocer el impacto de las SCH en los usuarios, este capítulo se divide en cuatro partes. En la primera, se construye una tipología de usuarios de las SCH mediante el análisis de los estilos de vida según la intensidad de consumo y la adherencia a estos dispositivos. En la segunda parte, se analiza el uso de las SCH y de otros entornos que son importantes en la ritualización del consumo de drogas en los usuarios, concretamente en el consumo en vía pública y en viviendas. En la tercera parte, se analizan diferentes aspectos estructurales, ambientales y personales que son importantes en relación con los facilitadores o las barreras de acceso

y el funcionamiento de las SCH. En la última parte, se exponen las expectativas de futuro de los usuarios de las SCH según los diferentes estilos de vida.

Una tipología de usuarios de las salas de consumo higiénico[21]

La tipología de consumidores y de usuarios de las SCH se elaboró a partir de los datos comparados extraídos de las entrevistas y las notas del diario de campo. Con esta tipología se analizaron y compararon los tipos de consumo y su relación con la dinámica de uso de las SCH y del resto de los programas que se ofrecen en este tipo de dispositivos.

La elaboración de la tipología sigue la propuesta de análisis de Dumont y Clua (2015), la cual, mediante el análisis de cinco dimensiones (temporalidad, visibilidad, espacial, compromiso y reflexividad), permitió caracterizar a los consumidores, tanto en el patrón de consumo como en la adherencia que establecen en su paso por las SCH. Sin embargo, quiero advertir una serie de preceptos para tener en cuenta en la definición de la tipología elaborada:

a) Los tipos de usuarios de las SCH no se han definido como patrones estáticos, sino que estos pueden cambiar en el tiempo debido a su carácter dinámico. Los usuarios de las SCH pueden cambiar de un tipo a otro según los criterios establecidos para su elaboración.

b) La tipología no es concluyente. Los tipos de usuarios de las SCH se han elaborado en un período y en un contexto concretos, por lo que su aplicación a otros contextos podría requerir un nuevo análisis que podría dar lugar a la elaboración de una tipología nueva.

c) Los usuarios de las SCH pueden no adscribirse a la tipología propuesta. Dadas las características de la tipología, podrían existir usuarios adscritos a diferentes elementos de los tipos so-

21 Algunos de los aspectos de esta sección se han publicado en la revista *Salud y Drogas*, en un artículo sobre los estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona (Clua, 2018).

ciales elaborados; sin embargo, la tipología diseñada engloba a la inmensa mayoría de los usuarios de las SCH.

La tipología elaborada se ordena comenzando por aquellos usuarios de las SCH que tienen un consumo de drogas más acusado y que circulan, en mayor medida, por las diferentes salas de consumo y acaba con los que mantienen un consumo menos intenso y acuden menos a estos dispositivos. No obstante, es preciso aclarar que los *ruteros* (usuarios con un consumo intenso) circulan más por las SCH, pero no participan más que los *parroquianos* en las dinámicas de las SCH. Estos últimos tienen un consumo menos intenso, pero una mayor adherencia al dispositivo y a las actividades que se proponen. A continuación, presento los tipos sociales que resultaron de la investigación.

Rutero: usuario en movimiento diario de una SCH a otra

El rutero es un usuario desempleado que ocupa todo el día en ir de un lugar a otro para *buscarse la vida* (mendicidad, pequeños trapicheos, robos y hurtos) y consumir drogas. Es un usuario con pocas redes sociales y familiares que suele vivir en la calle o de forma irregular en pensiones o pisos compartidos. Presenta un aspecto descuidado que le hace ser reconocible por la policía, de modo que, en el caso de infringir la ley, lo suelen identificar y deter con facilidad. Entre los participantes entrevistados, Ramón, Jonatan, Javier, Cris y Edgar pertenecían a esta tipología.

El rutero es un consumidor con problemas de salud (VIH, hepatitis B y C, salud mental, etc.) cuyas condiciones de vida no le permiten integrar los programas y los tratamientos para un seguimiento favorable de las patologías derivadas del consumo; o bien se apunta a ellos, pero el cumplimiento es bajo. Es consumidor de cocaína o *speedball* por vía parenteral de gran intensidad, que consume cinco o seis veces al día. Su preocupación principal es la de obtener dinero por cualquier medio para consumir drogas y evitar el malestar del síndrome de abstinencia.

> Yo me paso el día dando vueltas, los toxicómanos estamos liados las veinticuatro horas. Me busco la vida como puedo. Igual me hago [robo] una tienda o pido dinero en el metro. Tengo alguna causa abierta y no sé cuándo me va a tocar entrar en prisión. (Jonatan)

> Lo primero que hago por las mañanas es meterme un pico para funcionar. Si tengo pasta, me voy a la Mina a pillar, me hago cuatro bolas y las revendo para sacarme para lo mío. (Ramón)

Este tipo de usuario organiza su tiempo entre las diversas zonas de venta de drogas; y consume en espacios públicos, pisos de venta de drogas y en las diferentes SCH. Acude a la SCH para consumir, obtener/desechar material de consumo o reposar un breve período de tiempo tras consumo. La relación con los profesionales es instrumental (pedir material de consumo, solicitar el turno de duchas, etc.) y con el resto de los usuarios mantiene una relación con el objetivo de crear alianzas para conseguir dinero o comprar drogas a medias. Dada la intensidad de consumo y las condiciones de vida, es un consumidor que no siempre utiliza los recursos para prevenir las enfermedades infectocontagiosas, como los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), o evitar las sobredosis, como los talleres para la administración de naloxona; mantiene prácticas de riesgo fuera del contexto de las SCH.

> Llevo tiempo viviendo en la calle, ahora duermo en un cajero con un colega. […] No siempre consumo en la sala [SCH], depende como me pille o de que esté abierta… A lo mejor está abierta, pero prefiero ir a las vías a meterme un chute, más tranquilo (Antonio, diario de campo).

> Vengo a la sala, pero los que estamos con la coca estamos todo el día liados. Si llego y están cerradas, me da igual…, me voy a un portal o donde haga falta. (Javier)

Parroquiano: usuario habitual de una SCH

El parroquiano es un usuario que obtiene dinero para comprar drogas a través de rentas mínimas de inserción social, pero en algunos días concretos del mes se busca la vida en la ciudad con diferentes métodos (mendicidad, hurtos y pequeños trapicheos). Es un usuario con pocas redes sociales y con cierta desvinculación familiar que, tras pasar gran parte del día en una SCH, vuelve a su casa o refugio urbano tras el cierre de este dispositivo. Entre los participantes entrevistados, Juanjo, Julián, Esmeralda, Alexis, Kike y Berta pertenecían a esta tipología.

Es un usuario que refleja un deterioro físico a consecuencia del consumo desarrollado en un largo período de tiempo. Sin embargo, este deterioro es menos visible que en los usuarios ruteros, mantenie un aspecto

más cuidado y ciertas pautas de higiene. Sigue con regularidad los tratamientos y seguimientos prescritos en los centros donde consume o en su centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) de referencia. Suele estar en tratamiento con metadona y consume heroína o cocaína —por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad— que obitene a través de otros usuarios o en puntos de venta cercanos a las SCH; consume dos o tres veces al día, aunque no todos los días.

> Me meto heroína, pero no como antes, que andaba todo liado con la coca. En estos momentos, he conocido gente de aquí del centro que me ayuda y ya no ando tan desfasado. Vengo y me ducho, hablo con la trabajadora social, voy a las visitas con la médica… Por el momento, vivo en la calle. (Juanjo)

> Estoy tomando Suboxone, pero los días que tomo heroína no me lo tomo, porque te da síndrome de abstinencia. Voy trampeando con el tratamiento y con el caballo… Cuando tengo para pillar, me hago unas platas y mañana es otro día. (Kike)

El parroquiano siempre consume en las SCH cuando están abiertas y mantiene una relación cordial con los profesionales y el resto de los usuarios. Este tipo de usuario está altamente comprometido con la actividad del centro: acude a las visitas sanitarias o de tipo social y participa en los talleres de promoción de la salud o en las actividades lúdicas. Su situación empeora cuando cambia la vía de consumo de la pulmonar a la parenteral, abandona la metadona e intensifica el consumo de heroína o sustituye la heroína completamente por metadona y centra su consumo en la cocaína de forma intensa.

> Me paso el día aquí [CAS Baluard], los profesionales me ayudan mucho y voy siguiendo las visitas. Hay días que me descantillo, pero siempre ando por aquí. (Berta)

> Estoy tomando metadona y hago seguimientos con el médico. Me voy haciendo analíticas para ver cómo tengo la carga viral. También tomo Trankimazin y cocaína. Estoy pendiente de hacer un ingreso, porque me piden una condena por vender pastillas y algún robo en tiendas. Tengo una entrevista para ir con la trabajadora social y el abogado para una medida alternativa. (Julián)

Pasajero: usuario de paso por una SCH

El pasajero es un usuario que dedica la mayor parte del día a la familia, al trabajo y a actividades lúdicas. Obtiene el dinero para consumir drogas de su salario laboral o de pequeños trapicheos. Procura ocultar su adicción en el ámbito familiar o laboral. Para ello, evita pasar mucho tiempo en los lugares de venta y consumo de drogas. Se trata de un tipo de usuario bastante escurridizo, por lo que solo se pudo entrevistar formalmente a Erika. El resto de la información para caracterizar este tipo social proviene de conversaciones registradas en el diario de campo con Aaron, Francesco o Rachid, entre otros.

Es un usuario que mantiene un buen aspecto físico y estética, lo que lo hace pasar desapercibido como consumidor de drogas ante otros usuarios, la policía y los transeúntes. Suele acudir siempre a la misma SCH, situada en el trayecto entre su casa y el trabajo u otras actividades no relacionadas con el consumo de drogas. Consume heroína obtenida en los puntos de venta habituales, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, en baja cantidad, dos o tres veces al día; utiliza siempre material higiénico. No se somete a tratamientos para el consumo de drogas.

> Me fumo un par de chinos al día, cuando me levanto, antes de currar, y cuando salgo… Bueno, a veces en el descanso me meto en el lavabo y me hago un par de mecherazos. (Aaron, diario de campo)

> Soy cocinero en una pizzería, vivo con dos paisanos más [italianos], no saben mucho de lo que hago… Antes estaba más liado, ahora me hago uno o dos consumos al día. (Francesco, diario de campo)

El pasajero es un usuario oculto que procura ocultar sus prácticas de consumo estigmatizantes y continuar con una vida normalizada. Acude a las SCH solo para consumir y obtener material para el consumo. La relación con los profesionales y el resto de los usuarios es discreta y no utiliza apenas el resto de los espacios de los centros con SCH.

> Yo vengo poco por aquí. Solo vengo al salir del curro. Estoy en una recepción de un hotel…, hablo varios idiomas. Vengo aquí a fumar [heroína por vía pulmonar], porque mi mujer no sabe nada. Piensa que lo he dejado. En casa no puedo hacerlo… No me voy a meter en el baño a meterme una raya. (Rachid, diario de campo)

> He venido un momento aquí porque he llamado a un colega que me va a traer algo [dosis de droga]. Me estoy un rato por aquí y adiós, tengo cosas que hacer. (Manolo, diario de campo)

Fiestero: usuario ocasional en días indicados

El fiestero es un usuario en proceso de recuperación que obtiene ingresos a través de rentas mínimas de inserción social o del sueldo. Vive con la familia y procura ocupar el tiempo libre trabajando o con cualquier actividad desvinculada del consumo de drogas. Entre los participantes Miguel, Vanesa, Dave y Mick pertenecían a esta tipología.

Se trata de un usuario con problemas de salud crónicos (enfermedades infectocontagiosas, trastornos mentales, etc.) que mantiene un aspecto cuidado, pero con ciertos signos de deterioro debido a un consumo de drogas intenso en el pasado (cicatrices, callos, etc.) que oculta con diferentes estrategias. Cumple con los tratamientos o las terapias con rigurosidad en los centros de atención a las drogodependencias u otros dispositivos para el seguimiento de patologías concomitantes. Acude ocasionalmente a las SCH para consumir heroína o cocaína por vía parenteral en condiciones higiénicas.

> Llevo diez años con la metadona, voy al CAS de mi barrio, ya me conocen los profesionales. Pero de tanto en tanto me pego un homenaje de coca… del caballo paso, tomando metadona es tirar el dinero. (José, diario de campo)

> Vivo con mi madre, mi hermano y mi tía. He intentado trabajar y lo he hecho en varios sitios. He trabajado repartiendo paquetes, en la cadena de producción… Duro poco, tres meses como mucho. Ahora hace tiempo que no trabajo. Tengo una paga por invalidez… Hago mis seguimientos médicos y tal. Solo vengo por aquí de tanto en tanto. Cuando cobro me hago una fiestecilla y ya está. (Miguel)

El fiestero es un usuario que utiliza los programas de promoción de la salud de las SCH para evitar daños derivados del consumo, si bien no participa en las diferentes actividades del centro. Con todo, tras el consumo, aprovecha para conversar con otros usuarios o profesionales conocidos de etapas anteriores, cuando el consumo era más intenso y acudía diariamente a las SCH.

> Desde que existe esto, poco me verás tirado por ahí consumiendo; bueno, tampoco, es que lo haga mucho. Mi familia me ve mejor y paso de cagarla. Aquí cojo material limpio, todo es más limpio. (Fran, diario de campo)

> Yo solo vengo aquí los días que cobro el paro… Llevo unos meses sin trabajar. De momento, vivo con mi madre y miro de no liársela. Voy a mis visitas del médico… Si me dieran un currito, dejaré de hacer tonterías. (Alberto, diario de campo)

Ritualizar el consumo de drogas en distintos entornos[22]

Muchos usuarios, sobre todo los que mantienen un consumo intenso de drogas, mientras no están en los barrios de venta de drogas o en las SCH, se dedican a *buscarse la vida* para obtener dinero y adquirir sustancias. Una vez reúnen el suficiente dinero, se desplazan a estos barrios para comprar dosis de cocaína o heroína que oscilan entre los cinco y los diez euros. El diseño de la tipología de usuarios nos ha permitido esclarecer cuáles son los usuarios con mayor presencia en las escenas abiertas de drogas. Los usuarios habituales tienen mayor o menor adherencia a las SCH dependiendo de la intensidad de consumo. Los de tipo rutero y parroquiano son los que mantienen un consumo diario; son usuarios que suelen consumir drogas en pisos de venta, en vía pública y en SCH a cualquier hora del día. En cambio, los parroquianos mantienen un consumo más regulado y usan más las SCH. El grado de adherencia a las SCH es variable según la experiencia del consumo en los diferentes entornos; en estos, los usuarios manejan diferentes placeres y experimentan diversos daños con la gestión del uso de drogas. Para ello, los usuarios ponen en práctica una serie de estrategias de autoatención con el fin de moldear la experiencia de consumo y maximizar los efectos esperados del uso de drogas, así como mitigar sus consecuencias negativas. Son múltiples los factores que infieren en la toma de decisiones al acudir a una SCH. En esta sección analizaremos el proceso desde que los usuarios adquieren sustancias hasta que acuden a las SCH. En este trayecto simbólico se resalta la importancia de factores ambientales, estructurales, sociales y personales que facilitan que los usuarios decidan consumir en las SCH.

22 Algunos de los aspectos de esta sección se han publicado en la revista *Salud Colectiva* y *Ethnography*, en dos artículos sobre las prácticas de consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico (Clua, 2020a; Clua y Dumont, 2022).

Ir a pillar, ir a quitarse el mono

Una tarde de verano, debían de ser las 16 h, coincidí con Miguel al salir del metro más próximo del barrio de la Mina. Miguel, tiempo atrás, era un habitual en la unidad móvil de Zona Franca; no obstante, desde hacía un tiempo había comenzado a acudir más al barrio de la Mina. Nos dimos la mano y le pregunté cómo estaba. Este me contestó: «Nada, ya sabes, lo de siempre… he cobrado la pensión y me voy al lío [a consumir]».

Comenzamos a andar hacia el barrio y le dije si no le importaba que le acompañara. El respondió: «Sí, tranquilo, voy a pillar unas cuantas bolas [dosis de cinco euros]». Sin apenas preguntarle, comenzó a hablar: «Tío, aquí es una pasada la que se lía para comprar. No es como en la Zona Franca. Allí tienes que ir con cuidado, solo puedes pasar a las casas cuando los punteros [captadores de compradores] te decían dónde comprar. En las Casas Baratas [bloques de la Zona Franca], tienes que comprar como mínimo treinta euros, por eso no va la peña que viene aquí. Allí va gente guay y las putas que fuman basuco [crack]. Aquí me dijo un colega donde comprar. Flipé el primer día… Llegabas a la puerta de la casa de la gitana y todos ahí haciendo cola. Aquí venden bolas de cinco euros».

Seguimos caminando tranquilamente y me explicó que «Aquí en la Mina hay que ir con cuidado… Hay muchos yonquis que saben que tú siempre llevas [bolas] y que piden… En las vías hay que ir con cuidado, no puedes ir solo… A mí no me ha pasado nada, pero a otros colegas les han venido pidiendo o les han pegado para quitarles todo. Cuando yo me pinchaba en la Zona Franca no pasaba nada. Allí me iba a un parque y te ponías a tu rollo. Éramos pocos los que andábamos por allí… Cuatro yonquis y las putas que se ponen en la carretera del puerto. Cuando te pones coca, es lo que mola…, estar al aire libre con tu colega y que te dé un buen pelotazo con aire puro. En la Zona Franca el único problema era con la policía; bueno, aquí también». Continuamos caminando hasta acercarnos a uno de los bloques donde se suele vender. Allí nos despedimos. Más tarde me encontré a Miguel consumiendo en las vías del tren próximas al barrio de la Mina.

Cuando entrevisté formalmente a Miguel, quise saber sobre los motivos de consumir en la calle pese a disponer de la SCH:

> Mira, aquí, en la SCH de la Mina, la cosa va rápido, tienen ocho plazas para consumir y la cosa va rápida, pero más de una vez acabas de pillar y se forman colas, sobre todo a primera hora. En las casas sirven antes de que abran esto

> y, cuando abren, vamos todos allí y a veces se hacen colas y si vas con muchas ganas pasas de esperar. A mí me gusta estar solo o con algún colega, no estar rodeado de pesados… Te metes entre dos matorrales o te vas al parque. Siempre respetando, pues a mí no me gusta pincharme cuando hay niños en el parque. Con la coca lo que mola es eso…, quieres estar a tu rollo, vivir tu paranoia, coger espacio, estar el rato que tú quieras con el globazo sin que nadie te moleste; pero por aquí voy viniendo más a la sala (SCH), pero no puedes compararlo, mola más en la calle.

En la misma línea, un usuario habitual de la SCH del CAS Fòrum y El Local me explicó las razones de consumir en la calle:

> En la calle es más tranquilo, puedes consumir donde quieras, te puedes esconder… Bueno, puedes estar en grupo y puedes hablar con más gente, estar siete o ocho personas… Estar hablando, estar a tus anchas… Aunque la sala esté abierta, por las prisas, te vas… Si acabas de pillar a la gitana, pues, como estás al lado, consumes al lado… (Javier, rutero)

En general, el consumo en la calle es una práctica extendida entre los participantes de tipología rutero, porque su consumo es mayor: con mucha frecuencia, todos los días y a todas horas; si bien muchos parroquianos también consumen en la calle, en ocasiones, para tener una experiencia más intensa del consumo o porque las SCH están cerradas. Las razones de consumir en la calle se relacionan con los efectos de las sustancias y su vivencia en colectividad. En el caso del consumo de cocaína, se argumenta que la experiencia es más tranquila que consumiendo en las SCH. En la calle se tiene más sensación de libertad, se comparten los efectos con otros compañeros. Además, en la calle no se tiene que hacer cola para utilizar la SCH y, en el caso de sufrir paranoias, los usuarios dicen que es más llevadero que en un espacio cerrado por paredes. En relación con la heroína, el argumento es que se está más tranquilo, que no hay la molestia de seguir las normas de las SCH o aguantar las impertinencias de otros usuarios.

En otros casos, hay usuarios que consumen en espacios domésticos para evitar los riesgos de consumir en vía pública. Durante el trabajo de campo, se detectaron usuarios que vivían en casas okupas donde se habían organizado espacios de consumo con cubos para desechar material; otros disponían de piso propio donde reunirse en pequeños grupos o solos para consumir, si bien en los barrios estudiados se detectó que los usuarios consumían en los mismos pisos de venta. Por ejemplo, durante una sesión en El Local de la Mina, un usuario me explicó que en ocasio-

nes consumía en uno de los puntos de venta. Estaba situado en la zona donde distribuyen material de consumo y se acercó José (parroquiano), consumidor de heroína por vía pulmonar, para pedir papel de aluminio al educador de El Local: «Porfa, dadme papel de plata». Este comenzó a recortarlo en trozos rectangulares. «¿Sabes que en Baluard dan un papel especial para fumar?», le pregunté. José se excusó: «Sí, pero me queda lejos… Yo este papel lo quemo y le quito el plástico, y listo». «Allí tienen sala para fumar», le recordé. José me explicó: «Ya, pero yo pillo aquí y el gitano me deja muchas veces fumármelo tranquilo en su casa. Así no tengo que hacerlo en las escaleras de los bloques y que me vean los niños o broncas con los gitanos por estar andando por el portal… no lo tengo mal para lo mío».

En el barrio de la Mina no era habitual detectar usuarios que pudieran consumir en los pisos de venta. Esta práctica era más habitual en el barrio del Raval, donde han aflorado más pisos de venta y consumo, conocidos como *narcopisos*. En el Raval, la fuerte presión policial ha hecho que los vendedores de drogas sean hábiles en el control del negocio. En este barrio hay diversos pisos donde es posible comprar y consumir, así se capta a los usuarios y se disimula la presencia de estos en la vía pública. Los usuarios van a estos pisos motivados por la inmediatez de adquirir sustancias y no tener que trasladarse a un lugar de la vía pública o a una SCH. Durante mi trabajo de campo en este barrio, Kike, un consumidor de heroína por vía pulmonar, me dijo: «Cuando llegué la primera noche aquí en Barcelona, ya me llevó un taxista a la casa de un rumano donde se puede fumar y se puede inyectar allí. Tienen cubos de esos amarillos para recoger chutas [jeringuillas]. A veces les hacen redadas, pero en el Raval hay tanto piso abandonado que rápido encuentran otro lugar para vender. Hay unos cuantos pisos por aquí. […] Aquí en Barcelona solo hay una sala para fumar, la de Baluard, te vas a otros barrios como la Mina o en Sant Roc, en Badalona… Por eso, cuando esta la sala está cerrada o ves mucha policía en la calle, es casi mejor buscar un piso de confianza donde te dejen consumir. Ahí puedes consumir a tu rollo, ponerte a gusto».

El consumo de drogas en una vivienda permite la preparación y consumo de drogas con tranquilidad y sin que otros usuarios molesten; tampoco existe la presión de las normas que se deben seguir en las SCH. Por otra parte, en comparación con el consumo en la calle, los consumidores refieren que, de esta manera, no los sorprenden los vecinos ni policía, de modo que pueden conseguir los efectos esperados sin contratiempos.

Captar usuarios en vía pública: promoción de las salas de consumo higiénico

En los barrios estudiados, los educadores de calle intervienen en vía pública para contactar a usuarios que consumen en parques, portales u otros espacios improvisados. Durante esta labor, también intervienen con los vecinos y comerciantes para compartir información sobre la presencia de jeringuillas desechadas o de usuarios en el espacio público. Los educadores conocen los lugares donde suelen ir los usuarios, a los que se desplazan equipados con botas especiales, cubos para desechar jeringuillas y pinzas para recogerlas. Para detectar nuevas zonas calientes y sensibilizar a los usuarios, se llevan a cabo talleres de recogida de jeringuillas en los que estos participan. Durante estas intervenciones, los educadores contactan con usuarios para promocionar el uso de las SCH. A lo largo del trabajo de campo, hice varias salidas para profundizar en las motivaciones de consumir en la calle. Durante estas salidas con los equipos comunitarios, era habitual encontrar a usuarios consumiendo en la vía pública pese a estar abierta la SCH.

En una ocasión, acudimos a recoger jeringuillas usadas en la zona de las vías del tren próximas a la SCH de la Mina. Después de recoger una veintena de jeringuillas entre unos matorrales, junto a las vías del tren, los educadores decidieron cruzar las vías y nos adentramos en una zona llena de árboles y arbustos, donde había diferentes puntos de consumo llenos de material desechado (jeringuillas, cazoletas, etc.). Seguimos caminando por un sendero junto a las vías del tren y recogiendo jeringuillas. Tras caminar unos veinte metros, nos adentramos en una zona boscosa. Tras caminar unos pasos, divisamos a dos usuarios que preparaban su dosis junto a un árbol. Al acercarnos un poco más, me cercioré de que eran David y Marco, usuarios de unos 35 años que conocía del barrio del Raval. Raúl le indicó a Jordi de ir hacia ellos. David estaba de cuclillas, apoyando su material en un microondas que utilizaba a modo de mesilla, y Marco estaba a unos metros, preparando sobre el muro de las vías. Al acercarnos, yo me puse junto a David y nos saludamos, mientras preparaba. Raúl se dirigió a ellos: «Chicos, tenemos la sala abierta, ¿por qué no recogéis y vais allí?». Marco, mientras pinchaba en el filtro para absorber la solución de droga con agua, respondió: «Ya estamos bien aquí, somos amigos… acabamos de pillar y solo queremos quitarnos el mono». Raúl dijo: «Ya, chicos, pero podéis hacerlo mejor allí [en la sala]… Aquí os puede pasar cualquier cosa,

aquí no lo hacéis limpio…». Marco le replicó: «tranqui, cada uno vamos con nuestro material, somos colegas… yo voy con mis chutas, antes de venir me he pasado por una farmacia…». Raúl, con ánimo de convencerlo le dijo: «Ya, pero os puede pasar cualquier cosa…». A lo que Marco contestó: «Nos vamos a meter coca, no nos va a pasar nada, no es heroína… Queremos estar aquí, tranquilos, a nuestro rollo; ya nos conocemos… Ahora nos vamos a poner esto…». Mientras, David y yo estábamos apartados. Él acababa de preparar su dosis de cocaína y me comentó: «Tío, nosotros siempre buscamos un lugar tranquilo… Siempre voy con alguien. No mola ir solo, porque te rayas o te puede venir algún desgraciado a robar. A mí me gusta estar en compañía y hablar con la gente y estar con tu colocón». Jordi, que estaba más cerca de nosotros, le recordó: «Ya, pero aquí no hay mucha higiene y puede pasaros de todo». David se arremangó el antebrazo izquierdo, se puso la goma para hacerse el torniquete y comenzó a buscarse la vena. Este le respondió a Jordi hasta que se hizo el silencio: «Yo mis chutas las cojo en la farmacia de al lado del centro donde tomo metadona, no estamos tan locos como para ir a compartir la chuta… Cuando te vas a poner no piensas que te va a pasar algo, si lo pensaras, ya no lo haríamos. A veces es cómo te pilla el cuerpo».

Mientras, Marco y David ya se habían inyectado su dosis. Marco, que estaba de cuclillas, tras encontrarse la vena, se levantó para sentarse en el bordillo de piedra junto a la vía y, con el cuerpo encorvado, comenzó a bombearse. Tras unos segundos, irguió el cuello y empezó a mirar hacia el vacío con los ojos abiertos. David, del mismo modo, se apoyó de espaldas a un árbol apoyando y comenzó a extraer sangre del antebrazo e introducir la dosis poco a poco. Se le empezaron a poner los ojos como platos y se puso a hablarme: «Y ¿qué?, ¿habéis encontrado a muchos [usuarios] por el camino?». Le respondí: «Acabamos de empezar, solo hemos visto a dos y a vosotros». David: «Igual ahora hay poca gente, pero muchas veces a primera hora de la mañana hay más peña…». Le pregunté por qué había gente tan pronto en las vías. Él contestó: «Aquí, a las 8 de la mañana, ya sirven [venden drogas] en los pisos… Muchos van desesperados a quitarse el mono y ellos [refiriéndose a los profesionales de la sala] no abren hasta las 10… Si vas con el cuelgue, no vas a estar esperando».

Jordi nos interrumpió y se dirigió a David: «¿vais a estar mucho rato?». David respondió: «No, ya nos vamos, no nos vamos a quedar aquí toda la tarde… Eh, Marcos, ¿estás bien?». Marcos, con mirada emparanoiada y sin casi poder hablar, le levantó el pulgar. Tras unos bombeos,

ambos decidieron acabar y David se dirigió a Jordi: «¿Podemos tirar la chuta en el cubo?». Este asintió y les acercó a ambos el cubo. David se limpió la sangre que le caía por el antebrazo con una servilleta y se bajó la manga de la camisa. Raúl les dio un consejo: «Chicos, no estéis mucho por aquí… Últimamente la policía pasa mucho por aquí…». Y David respondió: «Merci, ya vamos con cuidado, si tú no les das problemas, ellos no te dan problemas». David y Marco se arreglaron la ropa y recogieron sus cosas. Se despidieron y David me dijo: «Venga, tío, nos vemos por ahí». Ambos se alejaron por un camino que conduce a unas vallas rotas que dan a la calle. Jordi, Raúl y yo seguimos recogiendo jeringuillas y encontrando usuarios a lo largo de la ruta que hicimos aquella tarde.

Una de las funciones de los educadores es captar usuarios para que acudan a las SCH. Mediante el trabajo diario intentan sensibilizar a los usuarios para que no desechen material de consumo en la vía pública y que se organicen para consumir en las SCH de los servicios próximos a las zonas de venta de drogas. Sin embargo, muchos prefieren consumir en la vía pública. Para ello, despliegan una serie de estrategias de autoatención para reducir el daño del uso de las drogas. Para evitar consecuencias sociales negativas, los usuarios suelen buscar un lugar tranquilo para consumir en compañía y alejados de miradas de vecinos y transeúntes. En el caso de que los sorprenda la policía, procuran dar explicaciones razonables de por qué consumen en vía pública. Si los registran y les encuentran las dosis de droga, suelen alegar que es para consumo propio, para evitar sanciones; y, en caso de que los agentes los presionen para que respondan dónde han adquirido las sustancias, utilizan información falsa como moneda de cambio para evitar incautaciones y delatar al vendedor de drogas. En relación con la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, procuran ir provistos de material estéril para la preparación y el consumo de drogas por vía parenteral. Sin embargo, no siempre sucede así, se detectan prácticas de riesgo como el uso compartido de jeringuillas y otras parafernalias para la preparación de la inyección entre los usuarios. Respecto a las sobredosis, gestionan el consumo de drogas evitando cantidades de sustancia que no puedan tolerar, que produzcan sobredosis u otros efectos adversos. En pocas ocasiones, según dicen, llevan kits de naloxona para actuar en caso de sobredosis de heroína, pero suelen llevar teléfonos móviles para llamar a servicios de urgencias o consumen en zonas próximas a paseos, donde pueden alertar a transeúntes o a las SCH para avisar a los profesionales. Entre los consumidores por vía pulmonar, para vencer

las condiciones meteorológicas adversas, realizan sus prácticas en lugares resguardados, como dentro de vehículos o marquesinas.

Sin embargo, muchos usuarios relatan experiencias negativas al consumir en la vía pública. Los usuarios habituales en las SCH exponen diferentes dificultades para moldear el consumo en espacio público y llevar a cabo estrategias de autoatención para reducir los daños. Los participantes expresan diferentes dificultades para consumir de manera placentera en la calle que motivan su llegada a las SCH:

> En la calle no hay ninguna ventaja… Tienes la desventaja que te interrumpan, sobre todo consumiendo caballo… Te interrumpen en tu ritual, no te mola que te hable nadie, no estás tranquilo, te estás quemando… ¡Pum!, la goma, que no me vean. ¡Pum!, que viene alguien… Recoge todo, que no se caiga, que ¡pum!, que ¡pam! Es horrible y la policía que te puede pillar. Además, si te da una sobredosis y si no lleva naloxona el colega o no hay nadie cerca o cualquier cosa y te quedas. Ese es el peligro. (Mick, fiestero)

> Pues, tío, a mí una vez me hicieron la pirula unos que se suponía que eran amigos míos. Vinieron y yo estaba abriendo una bola con una navaja y uno me la pidió. Yo se la di y el muy hijo de puta me la encaró y me dijo: «Dame la bola, pero ya»; y yo pensaba que era de coña y le dije: «T*ío*, va, déjate de bromas»; y otro me dijo: «Oye, tío, que va en serio…». Ya hacía días que me habían intentado robar y, a mí, para que me roben, me tienen que matar, es que me da igual, pues el tío ese quería que se la diera y yo que no y que no… El *hijoputa*, me quitó la riñonera, la bola porque me levantó del suelo y me empezó a zarandear hasta que me salió la bola de los huevos… Al final me quedé sin bola y sin nada. Desde esa que voy siempre con la navaja. (Juanito, parroquiano)

El consumo de drogas en la vía pública presenta riesgos para la salud, como las sobredosis de opioides, las reacciones adversas a la cocaína, la falta de higiene, la transmisión de enfermedades infectocontagiosas y la propia dificultad de consumir. También riesgos sociales, como que te vean los vecinos y transeúntes o que te agredan otros transeúntes. Y riesgos de orden público, como que la policía te vea y te denuncie. Por estos motivos, muchos usuarios prefieren consumir en las SCH.

Apúntame a la sala: consumir en las salas de consumo higiénico

Para acceder a las salas de consumo higiénico (SCH), se debe ser consumidor de drogas y mayor de 18 años. En todos los centros de Barcelona, al

usuario que quiera acceder se le toman una serie de datos básicos (sociodemográficos y sociosanitarios) en una ficha. Si se valora favorablemente, se le adjudica un código compuesto por las dos primeras letras de sus apellidos o un número. Al acceder al centro se le explican las normas básicas del dispositivo y del espacio de consumo: no usar la violencia verbal ni física hacia los profesionales y los usuarios, no vender drogas dentro de las instalaciones y no consumir drogas excepto en el espacio de consumo supervisado (SCH). Además, no se permite invitar a drogas dentro del espacio de consumo; en estos casos, este tipo de transacción debe pactarse fuera del espacio para evitar malentendidos. Para usar la SCH, los usuarios deben firmar un consentimiento informado en el que se responsabilizan de las consecuencias del consumo, permiten la actuación profesional en caso de riesgo vital y se comprometen a respetar las normas dentro del espacio. Una vez tienen el código, los usuarios pueden acceder a los diferentes espacios de los servicios con SCH, recoger material de consumo en el punto del programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), pedir turno en la SCH o pasar a la zona de «calor y café» (alimentación, higiene y otras actividades).

Durante el trabajo de campo, realicé observaciones en los diferentes espacios. El punto del PIJ es donde se recibe a los usuarios y donde estos piden la tanda para entrar a consumir en la SCH. Los usuarios llegan, dan su código y piden la tanda: «Hola, buenas…, soy CLGA, apúntame a la sala…». Los profesionales se encargan de registrar la admisión y de dar paso a la sala de espera de la SCH. Esta es un buen lugar para conocer las motivaciones por las que se ha acudido a la SCH. Durante el trabajo de campo en El Local de la Mina, normalmente, me sentaba en el mostrador de la entrada, con la enfermera que se encarga de entregar el material de consumo y registrar los códigos y datos de los usuarios que acceden al espacio de consumo. Se les pregunta qué han consumido en las últimas 6 horas y qué van a consumir. A continuación, se les entrega el material de consumo y se les pregunta por el tipo de jeringuilla: ¿española o americana? Ambas son jeringuillas de un mililitro, la diferencia es que en la española la aguja se puede desconectar del émbolo y en la americana, no. El resto del material lo suelen tener preparado y expuesto en un lado de la mesa: una servilleta para limpiarse después de consumir, una cazuela para mezclar la dosis con agua bidestilada, un filtro para absorber el preparado y que no pasen partículas de soluto dentro de la cánula de la jeringuilla y toallitas para desinfectar la zona de punción. Antes de pasar a la mesa de

consumo, los usuarios deben limpiarse las manos con agua y jabón o gel hidroalergénico. Cuando hay un espacio libre, el personal da paso a los usuarios.

Como digo, este punto de la SCH es un buen lugar para divisar el espacio, aunque, en ocasiones, cuando la situación lo permitía, me acercaba a las mesas de consumo para hablar con los usuarios. Este espacio tenía forma de ele. Frente a la mesa había una especie de enfermería abierta para curar a los usuarios o asistirlos en caso de sobredosis u otra complicación. Por la derecha de la mesa se llegaba a una sala con ocho espacios para el consumo por vía parenteral, con mesas metálicas hacia la pared. En cada mesa había dos plazas que disponían de sillas y un cubo amarillo, enganchado en la pared, para desechar las jeringuillas usadas y demás elementos.

Por ejemplo, una tarde, en esta SCH hubo una afluencia constante de usuarios: «Soy FELE, he consumido caballo y voy a consumir caballo», «Venimos dos, TIXX y PAXX, coca y caballo los dos». Cada uno cogía su material de la mesa y la enfermera Lola les entregaba la jeringuilla española o la americana. Hacia las 18 h entró David solo: «Hombre, Rafa, ¿qué tal, tío?». Le di la mano y él dio su código: «soy CLDU, he consumido coca y voy a consumir coca… Señorita, dame una americana». En aquel momento, había siete usuarios consumiendo y un espacio libre para David en la mesa situada al fondo a la derecha. En la primera mesa estaba Ian con las dos perneras arremangadas. Llevaba una goma (*smart*) puesta en el tobillo y la otra intentaba ponérsela por debajo de la rodilla. Ian le iba hablando de espaldas a uno de los enfermeros: «Oye, Fernando, me parece que hoy lo tengo chungo…», dijo girando el cuello levemente y manteniendo las dos piernas con el *smart*. Ian tenía la jeringuilla en la mano, como pidiendo que Fernando lo ayudara. Fernando le respondó: «Flexiona un poco la pierna y deja que salga una vena, prueba tu solo…; si no puedes, te ayudo». Ian se enfadó con un tanto de ironía: «¿Pues, entonces, para qué venimos aquí? Para eso me chuto en la calle». Fernando, educadamente: «Venga, Ian, que siempre te quejas y siempre lo consigues o te ayudamos, ten paciencia y, si no, te marco una vena».

Al lado de Ian estaba un chico español de unos 40 años que, por los síntomas que mostró más tarde, iba a consumir cocaína. A su lado había una pareja (chico y chica) de gitanos que no paraban de hablar en voz alta y que iban a consumir heroína. Él acababa de prepararlo y comenzó a buscarse la vena, muy rápido canalizó la aguja. Extrajo un poco de san-

gre, se bombeó dos veces. Ella le dijo: «Nene, ¿ya te lo has puesto?». La chica probó también de buscarse la vena, pero no atinaba. Él: «Jo, nena, no te enteras de nada con todo el puestazo…». Sonia, otra enfermera, que estaba detrás de ellos, les preguntó: «¿Va todo bien por ahí?». A lo que el chico respondió: «Sí, tranqui». El chico la ayudó a ponerse la goma en el antebrazo izquierdo. Ella comenzó a abrir y cerrar el puño hasta que vio brotar una vena del antebrazo: «Yastá, nene, voy a probar». Aunque no con mucha destreza, consiguió encontrase la vena mientras su chico le rodeaba los hombros. Siguieron hablando. En la mesa de enfrente de esta pareja, había dos chicos de origen georgiano. Ambos consumían *speedball* y se iban hablando con un tono moderado. Junto a estos estaba una chica italiana joven, Serena; y, en la mesa de al lado, David. Serena se puso de pie para buscarse venas en el vientre, iba a consumir cocaína, igual que David, que miraba de lado a la chica.

Mientras, Ian seguía hablando: «Bueno, vamos a probar, a ver si es verdad que me encuentro la vena». De repente, el chico que tenía al lado, que acababa de consumir cocaína, se puso de pie con la jeringuilla en el antebrazo izquierdo. Se puso a un paso de su lugar de consumo, en medio de la sala, donde entorpecía el paso al enfermero. Se quedó recto, con la mirada hacia abajo, como si estuviera mirando un precipicio. Por momentos, se pasaba la mano derecha por la nuca y escupía y decía palabras inconexas. Fernando, enfermero veterano, y conocedor de la sintomatología del chico, tuvo paciencia al principio, pero rápido fue pidiéndole que volviera a su puesto: «Venga, Antonio, que no viene nadie… Vuelve a tu sitio». La pareja de al lado se giró y, al ver a Antonio, decidieron limpiar la mesa e irse: «Venga, nena, ¿ya has recogido todo?, vámonos de aquí… Adiós, Fernando y compañía». Salieron por la puerta. La pareja de georgianos hizo lo mismo, sin sobresaltos: acabaron de consumir, limpiaron la mesa con una servilleta impregnada de limpiacristales y siguieron con su conversación.

La SCH se quedó con cuatro personas: Ian, que no paraba de buscarse la vena. Antonio, que seguía con su paranoia. Serena, que tras consumir comenzó a hablar más rápido a David, el cual se había inyectado cocaína y se estaba bombeando; él asentía y estaba expectante de la situación de Antonio. Desde fuera, los usuarios hablaban y abrían la puerta para entrar. Lola, la enfermera de la puerta, pedía calma hasta que Fernando le diera el visto bueno para dejar pasar a cuatro más. Mientras, otra enfermera, Sonia, para agilizar la situación, ayudaba a Ian a pincharse en la

pierna izquierda. Este, quejoso, le dijo: «¿No lo veis, que estoy hecho una mierda?… Para qué vengo aquí, para que me tiréis el cable». Sonia, para ahuyentar su malestar, le dijo: «Sí, Ian, pero ya ves que te ayudamos… Siempre quejándote». Cuando le encontró la vena, Ian dijo: «Vale, cuando lo tengas, me dejas un par de bombeos y listo». Y así lo hizo. Mientras, Fernando controlaba a Antonio, que seguía simulando vértigos y se bombeaba por momentos en medio del habitáculo. Fernando, sin tocarlo le decía: «Vamos, Antonio, ¿estás bien? ¿Has acabado?». Antonio lo miraba temeroso y así estuvo unos cinco minutos. David seguía bombeándose y Serena, sentada a su lado, comenzaba a tener unos pequeños espasmos que la hacían dar saltos en la silla. Fernando le pidió a Sonia que, cuando acabara con Ian, pasara a Serena a la camilla (al parecer eran habituales los síntomas espasmódicos en ella); él iba a seguir controlando a Antonio. Sonia acabó pronto con Ian y este fue recogiendo lentamente, pero continuaba relatando sus malestares habituales. Sonia se acercó a Serena y le dijo que pasara a la camilla; a su vez, avisó a Lola para que hiciera pasar a cuatro más.

Hacia las 18.15 h, entraron cuatro usuarios; iban por parejas: dos españoles y dos georgianos de mediana edad que venían juntos. Primero hablaron los españoles; dijeron qué habían tomado y qué iban a tomar: «Yo soy FEFE y él… Tío, no vayas tan rápido [el amigo se iba directo a su puesto de consumo], ¿cuál es tu código?». Su amigo: «Soy PERO… Si ya me conocéis». Y el primero comentó: «Tío, ellos no tienen por qué saberse todos los códigos… Los dos vamos a consumir caballo y hemos consumido caballo…, queremos jeringa española». La enfermera Lola les entregó las jeringuillas y les dio acceso al material de la mesa. A continuación, pasó la pareja de georgianos. Dieron sus códigos y la información de forma muy resumida, dadas las barreras idiomáticas: «GOXX y MAXX… Americana… Hemos consumido *speedball* y ahora *speedball*». Fernando y Sonia les dieron paso a los puestos libres, tuvieron que esquivar a Antonio que seguía con la paranoia en medio de la sala. Fernando avisó a la pareja de españoles, que ya eran conocidos: «En un rato vamos a cerrar, no os entretengáis mucho…». Uno de ellos respondió: «Joder, ¿qué prisa tenéis? ¿Acabamos de entrar y ya nos estás echando?…». Fernando: «No os estoy echando, solo digo que en breve cerramos, tenemos que recoger y que no os quedéis de charla». Estos, con cara de circunstancias, se situaron en la mesa que había dejado anteriormente la pareja de georgianos y se pusieron manos a la obra.

Mientras tanto, Antonio comenzaba a calmarse y volvió a su sitio. Tomó asiento, se hizo un par de bombeos y decidió retirarse la jeringuilla. Un tanto desconcertado, miraba a Fernando. Este le preguntó: «¿Ya estás bien?». Antonio: «Sí, sí… Ya sabéis como me pongo… Tranquilo, ya recojo y me voy». En la camilla, Serena estuvo sentada con espasmos y dando saltos. Desde la mesa de acceso, la enfermera Lola se cercioraba de si esta se encontraba bien. Serena la quiso tranquilizar: «Eh, que estoy bien, pero esto siempre me pasa con la coca, me da por saltar; nada más». Allí estuvo, pegando saltitos sobre la camilla mientras miraba lo que pasaba dentro de la sala. Ian estaba punto de recoger sus cosas y limpiar la mesa, Antonio se tranquilizó y comenzó a recoger sus cosas, la pareja de georgianos consumía tranquilamente, la pareja de españoles preparaba y hablaba de sus cosas, el espacio de Serena estaba por ocupar y David también estaba recogiendo. Así suele ser la actividad de las SCH.

En general, los usuarios que acuden a las SCH consideran que son espacios donde adaptar las prácticas de consumo para reducir daños y obtener los efectos deseados de las sustancias compatibles con el entorno. Los usuarios habituales valoraban positivamente las SCH:

> Vengo a la sala por la asistencia médica… Me aseguro que no me haga daño a mí misma… No me pueda pillar bien la vena, que lo pueda hacer de una forma sana, dentro de lo malo, que lo haga bien. Es una seguridad para los consumidores. A los que nos gusta hacerlo, podemos practicarlo de forma protegida, bajo control, y una forma que, dentro de lo sano, que sea menos malo. Y tener la confianza de que estamos protegidos por gente muy especial, ¿sabes? Que nos cuidan. Nos puede pasar cualquier cosa o nos hacemos heridas a la hora de inyectarnos, de esta manera te haces menos heridas; porque te autodañas…, te autolesionas al inyectarte. (Berta, parroquiana)

> Viniendo aquí mejoras en salud, mejoras en dinero, y tranquilidad… Dinero porque ya tienes ahí las insulinas, las chutas, la goma, el agua, tienes para limpiarte; luego tienes tranquilidad que los mossos no vienen y luego tienes con quién hablar un rato, mejora en eso. Estás protegido, la policía sabe que ahí se están drogando, pero no pueden entrar. Tienen un respeto al sitio. (Miguel, fiestero)

> Por seguridad, por tranquilidad… No por seguridad a nivel de sobredosis, seguridad a nivel policial. Si estás ahí, no debes tener miedo de que haya una redada que venga la policía, de que tal. Ya el tema del inyectado es porque les puede dar sobredosis, a los que fumamos no nos da sobredosis. Es un sitio donde fumas más tranquilo. (Kike, parroquiano)

Las SCH son espacios donde los usuarios disponen de material higiénico gratis y ayuda de profesionales para consumir drogas de forma menos dañina (búsqueda de la vena, evitar abscesos, etc.), así como de asistencia en caso de sufrir sobredosis o efectos adversos. Las SCH disponen de espacios para descansar y pedir ayuda sanitaria, social y jurídica. También se evitan los daños sociales de convivencia por consumir en la calle o en viviendas. En estos dispositivos es posible consumir sin preocuparse por la policía, lo que evita multas y otros problemas de orden público.

Las salas de consumo higiénico a examen

En las salas de consumo higiénico (SCH) los usuarios encuentran un lugar donde consumir en condiciones higiénicas y seguras; en ellas, pueden evitar peligros sociales por el uso drogas en vía pública u otros lugares donde pueden sufrir violencia y estigmatización. Sin embargo, se detectaron una serie de aspectos relacionados con la accesibilidad y el funcionamiento de las SCH que son importantes con respecto a la eficacia de estos dispositivos. En muchos casos, estos son una barrera de acceso a las SCH y provocan que algunos usuarios prefieran consumir en otros espacios considerados como *entornos de riesgo* (Rhodes, 2009), en los que deben utilizar diferentes estrategias de autoatención para moldear las prácticas de consumo y mitigar los daños. En esta sección se analizan las siguientes cuestiones: la ubicación de las SCH, la intervención policial, la normativa de las SCH, la interacción entre usuarios y profesionales, el diseño de los espacios de consumo y la cobertura horaria.

Proximidad a los puntos de venta de drogas

Durante la investigación, se detectó un mayor uso de las SCH ubicadas en zonas de consumo notables, donde el precio de las dosis se adapta al poder adquisitivo de los usuarios. El uso de las SCH es variable según la disponibilidad de puntos de venta de drogas en los diferentes barrios. En los últimos años, se han producido diversas actuaciones policiales que han modificado considerablemente los mercados de drogas y, por lo tanto, la afluencia a las SCH. Durante la investigación, se detectó un fuerte mercado ilegal de drogas en los barrios del Raval y la Zona Franca de Barcelona; la Mina, en Sant Adrià de Besòs, y Sant Roc, en Badalona. Los participan-

tes me hablaron sobre la idoneidad de la ubicación de las SCH del Raval con respecto a la proximidad de los puntos de venta:

> En el Raval se mueve mucha droga, pero por lo que tengo escuchado es una zona que quieren turistificar. […] Es necesario tener esta sala en el Raval [SAPS] a pesar de los turistas. (Kike, parroquiano)

> La verdad que muy bien situada no está [CAS Baluard].[23] Lo digo por los vecinos y eso. El sitio a mí no me parece mal ni nada, pero bueno. […] Tienes muchos puntos donde ir a pillar, esto [SCH] es necesario. (Jonatan, rutero)

En el caso de la Mina, la intervención policial es más laxa y el precio de las dosis se adapta al poder adquisitivo de los usuarios. Se venden dosis mínimas con precios alrededor de los cinco euros o a cambio de objetos robados que solicitan los vendedores o que ofrecen los consumidores. Además, muchos vendedores dan facilidades: fian las dosis o aceptan un adelanto (dos o tres euros) hasta que el consumidor pueda sufragar la compra. Por ello, las SCH de Mina y el Fòrum, próximas a las zonas de venta, han ido aumentando el número de visitas en los últimos años, junto con la unidad móvil de Sant Roc, barrio donde la adaptabilidad del mercado ha sido similar al barrio de la Mina.[24] Los usuarios opinaron acerca de la ubicación de las SCH de esta zona:

> Está bien, porque está cerca de donde se compra; si estuviese más lejos, la gente no vendría. Está bien, porque no está muy cerca, pero tampoco muy retirada [en referencia a El Local]». (Javier, rutero)

> La zona la verdad que me es indiferente, pero sí es verdad que el centro está en una zona más tranquila que la Mina, pero a veces los camellos andan jodiendo… Pero aquí venimos porque está cerca de donde venden [en referencia al CAS Fòrum]». (Cris, rutera)

Los usuarios expresaron que las SCH de El Local y el Fòrum están ubicadas en una zona adecuada por su proximidad a los puntos de venta. El estudio se realizó en tres zonas vecinales donde se ha detectado la venta

23 Cambió de ubicación en 2017 al antiguo emplazamiento del SAPS y el CUAP Pere Camps.

24 Entre 2009 y 2016, El Local de la Mina triplicó los consumos de más de 20 000 en 2009 a cerca de 60 000 en 2016. En el CAS Fòrum, centro a menos de quinientos metros de la zona de venta de drogas del barrio de la Mina, entre 2012 y 2016 registró un rango de 4000 a 6000 consumos anuales. En Sant Roc, entre 2012 y 2016, el registro de consumos osciló entre los 2000 y los 6000, dependiendo del impacto de las redadas en el barrio de la Mina.

de drogas y un uso notable de las SCH. No obstante, en la Zona Franca desapareció la unidad móvil de venopunción asistida en 2017. Aunque esa zona es históricamente un fuerte punto de venta de cocaína, las sucesivas redadas y la venta de cantidades mínimas de medio gramo (mínimo unos treinta euros), fórmula poco adaptada al poder adquisitivo de los usuarios, conllevó una reducción de la actividad de la unidad móvil que motivó su cierre.

Por otro lado, se detectó que en los espacios de consumo en los CAS Sarrià, Sants y Garbivent, situados en barrios donde no existe una fuerte escena de drogas, la actividad de las SCH era anecdótica; a lo largo del trabajo de campo no encontré ningún usuario que hablara sobre ir a comprar drogas a esas zonas. De las SCH situadas en el norte de la ciudad, la única que tuvo cierto uso fue la del CAS Vall Hebron. La puesta en marcha de SCH en todos los distritos sofocó el levantamiento vecinal en contra de estos dispositivos. Sin embargo, el objetivo de las SCH es cubrir las necesidades de los usuarios en zonas de venta y consumo de drogas. Así, poner en marcha SCH en zonas donde no existen escenas destacadas de consumo resulta inadecuado, tanto como ubicarlas en lugares alejados de los puntos de venta de drogas. De este modo, se entiende que las SCH solo pueden funcionar en barrios con una fuerte escena de venta de drogas, donde los vendedores se adapten al poder adquisitivo de los usuarios y donde los puntos de venta se encuentren cerca de los servicios sociosanitarios con SCH.

Intervención policial

En las inmediaciones de las SCH se llevan a cabo rutinas de identificación de los usuarios, lo que provoca que muchos se marchen y no accedan a las SCH. A lo largo del trabajo de campo se detectó que los agentes de policía (Guardia Urbana y Mossos d'Esquadra) patrullaban en las proximidades de los puntos de venta y de las SCH e interferían en la cotidianidad de los usuarios. Por ejemplo, una tarde que me dirigía a El Local de la Mina, presencié como un mosso d'esquadra le hacía un control rutinario a un usuario. Acababa de salir del metro y unos veinte pasos por delante caminaba Marco, un parroquiano de esta SCH. Este iba solo y, una vez adentrados en el barrio, a unos cien metros de uno de los pisos de venta, Marco se topó con otro usuario. Empezaron a hablar y de repente apareció un

agente. Marco no se cercioró de su presencia o, al menos, hizo ver que no lo había visto. Yo cada vez estaba más próximo y pude ver como el agente llamaba a la atención de Marco: «¡Marco, Marco…, perdona!». Marco entonces percibió que se trataba de un mosso d'esquadra, pero siguió disimulando. En ese momento, frené para poder presenciar la escena con disimulo. Marco intercambió rápidamente unas palabras con el usuario y retomó su camino. Detrás, el agente volvió a llamar su atención: «Marco, espera… ¿Que me oyes?». En ese momento, Marco se dio cuenta de que el policía iba hacía él y que no tenía escapatoria. De repente, se giró y le contestó: «Sí, sí; te oigo… ¿Qué quieres? Ahora no he hecho nada…». El mosso le respondió: «Pues, si no has hecho nada, ¿por qué corres?». Por la expresión de Marco, parecía que no daba crédito: «No corro, pero siempre me paras sin motivo…». Pude pasar por el lado y presenciar como el policía le pidió la documentación. Unos metros más adelante, me giré y observé que el mosso hablaba por la radio para comprobar si Marco tenía alguna causa. Una hora más tarde, ya en El Local de la Mina, apareció Marco y le pregunté qué había pasado: «No ha pasado nada, porque no debo nada… Ese policía me tiene manía. Yo antes había hecho mis cosas, pero ya no… Ya pagué mis multas. Ahora tengo trabajo, pero ese cabrón siempre que me ve me para. Me tiene harto».

Este tipo de acciones policiales son habituales en los barrios con escenas abiertas de droga. En el relato de los usuarios es habitual los hayan retenido en las proximidades de los pisos de venta de drogas y en lugares de la vía pública donde se detectan zonas calientes para consumir (entradas de aparcamiento, portales, parques, etc.). Si bien es cierto que muchos usuarios entendían que consumir en zonas visibles, a ojos de los vecinos y transeúntes, sobre todo en parques para niños, no resultaba adecuado, la intervención policial en las proximidades en las SCH levantaba controversias y generaba malestar entre los usuarios. Dos usuarios habituales de SCH hablaron sobre la intervención policial:

> Con la poli hay que ir con cuidado. Siempre van a las vías a tocar los cojones… Nos ponen multas de cuatrocientos euros, nos quitan las bolas… Te joden y casi te están obligando a robar para poder quitarte, ir otra vez a pillar; todo para hacerse superiores. Son unos pringaos que acatan órdenes. (Luis, parroquiano).

> El otro día venía de comprar aquí al lado de casa del paki y venía a consumir aquí a Sala Baluard y me pararon en la misma puerta y me multaron por llevar tres bolas… ¿Esto qué es? (Mateo, parroquiano).

Este tipo de actuaciones en las inmediaciones de las SCH desvirtúa los objetivos de estos dispositivos y reduce su eficacia. muchos usuarios, una vez adquieren sustancias, consumen por primera vez en pisos de venta de drogas que tienen habilitados espacios de consumo o en lugares de la vía pública escondidos, alejados del cerco de la policía, con lo que corren riesgos sociales y sanitarios al consumir en lugares insalubres, en condiciones poco higiénicas y desprotegidos. Algunos usuarios habituales en las SCH reflexionaron sobre la intervención policial en las inmediaciones de estos dispositivos:

> Aquí, en Cataluña, hay doble moral. No entiendo esto de las narcosalas [SCH] y, luego, castiguen tanto a los consumidores. [...] No veo bien que esperen a quien entra a la narcosala. Yo cuando les veo, les digo que llevo y aviso que, si me lo quitan, me voy a tener que buscar la vida por otro lado y no quiero delinquir. Me jode esa doble moral. A por yonquis mataos de droga. Las narcosalas están bien, pero deberían tener consideración porque saben quién vende y quién no vende. (Kike, parroquiano)

> Debería haber una tarjeta de Baluard, como que eres consumidor para demostrar que eres usuario y a ti no te pueden quitar eso. Como los carnés de fumar marihuana que también te lo pueden quitar y te dicen que te la guardes en los huevos, porque te cobran cincuenta euros. Lo deberían hacer con Baluard, te pillan y demostrar que eres consumidor. (Jonatan, rutero)

La coordinación entre la policía y los responsables de las SCH es fundamental para evitar el acoso policial. Se precisa mayor colaboración con los cuerpos policiales para que estos actúen como agentes sociales que animen a los usuarios que consumen en la vía pública a hacerlo en las SCH. También es necesario establecer un perímetro libre de presión policial y sería recomendable que los consumidores dispusiesen de unos carnés específicos que acrediten que son usuarios de las SCH y, así, puedan identificarse como tales. A su vez, cabe una mayor formación de la policía acerca del consumo de drogas y un trato más asertivo para la mejora del orden público.

Normativa de las salas de consumo higiénico

Los usuarios opinaban que la normativa básica de uso de las salas de consumo higiénico es razonable y asumible. Las normas son necesarias para que haya un orden y un buen funcionamiento de estos dispositivos. Sin

embargo, hay ciertas regulaciones que atañen a la cultura local del consumo de drogas que afectan negativamente al uso de las SCH. Nos referimos a la prohibición de que un usuario invite a otro, a los límites del tiempo de uso de la SCH y a la prohibición de ayuda en la inyección entre los usuarios.

Dentro de las SCH, los usuarios interaccionan y conversan sobre el día a día, sobre drogas y otros temas de interés. Muchas veces, las conversaciones declinan en las sustancias que han adquirido y, en ocasiones, entre usuarios se acuerdan intercambios de sustancias o se invitan. Este tipo de transacciones no están permitidas y los profesionales las recriminan o sancionan. Un usuario opinó al respecto:

> Lo que no me parece bien es que si yo entro contigo y llevo una postura y te quiero invitar y me venga la enfermera y me diga que «aquí no se puede…», a ver…, ¿cómo que no se puede compartir? Si yo tengo una postura, la voy a compartir con mi compañero. Otra cosa es que estemos haciendo trapicheos o haciendo rollos, eso no, con dinero de por medio, vendiendo. Si yo llevo una postura y te quiero invitar porque estás tirado y no llevas dinero, pues yo te invito y ya está. Lo que pasa que ellos no pueden estar todo el día controlándolo todo, si es trapicheo o qué. (Jonatan, rutero)

Invitarse a drogas entre usuarios forma parte de las prácticas habituales que, en muchas ocasiones, pueden malinterpretarse como trapicheos y son motivo de sanciones o expulsiones en las SCH. Varios usuarios se quejan de estas interpretaciones y de algunos casos de expulsión que consideran injustos. En este sentido, para evitar este tipo de situaciones, se recomienda pactar este tipo de movimientos antes de entrar dentro de la SCH e informar a los profesionales de los pactos para evitar malentendidos.

Dos normas que generan diferencias y problemas en la interacción entre profesionales y usuarios son el tiempo permitido para consumir (30 minutos para el consumo por vía parenteral y 45 para el consumo por vía pulmonar) y el espacio de 30 minutos para volver a usar la SCH. Estas normas no se aplican en la SCH de la Mina; y en otros espacios de Barcelona se aplican con cierta flexibilidad. Los usuarios, sobre todo por los habituales en las SCH, discutían estas reglas:

> Corto, no llega ni a media hora. Se necesita un tiempo según la persona. Hay gente que necesita mucho. Según la paranoia, según el rol que tenga. Hay gen-

te que le gusta buscar, viendo, ¿no? Y es que *encerrao* en un cubículo, como te dé por buscar, vas a buscar. (Edgar, rutero)

El tiempo es apropiado, porque fumar heroína no conlleva ninguna preparación, es fas- fas-fas y se acabó. Para la heroína no hay problemas, pero para la cocaína hay gente que se puede tirar horas y horas fumando cocaína; o días. (Kike, parroquiano)

Los 30 minutos permitidos para consumir se consideran escasos. Hay usuarios que precisan más tiempo debido a dificultades físicas o porque experimentan unos efectos de las sustancias que les impiden cumplir con la norma, sobre todo los que consumen cocaína. Se considera que no debe haber limitaciones de tiempo y permitir el que sea preciso para preparar y consumir las sustancias. No obstante, en espacios con pocas plazas, se precisa cierta agilidad para dar mayor cobertura a los consumos.

Otra norma relacionada con la administración del tiempo es la de no dejar repetir un consumo hasta que no pasen otros 30 minutos. Solo se permite consumir en dos tomas si el usuario informa previamente. Es un método de seguridad para evitar sobredosis y otras reacciones adversas. Los entrevistados también opinaron al respecto:

Bueno, claro, no ha pasado media hora, pero en parte es una prevención que tienen ellos. Porque, claro, si yo me meto un *ñaca* [inyección] a las 8 y a las 8:15 entro otra vez, tengo muchas más posibilidades de tener una sobredosis que si pasa media hora. En ese sentido, no tengo problema. (Jonatan, rutero)

El tiempo [entre consumo y consumo] es algo sano, te picas y hasta 30 minutos no te dejan entrar. Pero, yo, en mi opción personal siempre lo he solucionado. Cuando entro les digo y ya saben que me lo hago en dos. Entonces me lo pongo como si fuera de prueba y, si no estoy a gusto, me pongo otro. (Mick, fiestero)

En general, los usuarios consideran consideran que esta norma es adecuada, pero preferirían que fuese una recomendación en vez de una obligación para evitar que los usuarios consuman en la calle si no quieren esperar los 30 minutos de seguridad; sobre todo en aquellos barrios en que existen múltiples lugares para consumir en espacio abierto.

Por último, en las SCH de Barcelona no está permitido que los usuarios se ayuden entre ellos a buscarse la vena ni a inyectarse, excepto en El Local de la Mina. Los motivos de esta norma son fomentar que los usuarios aprendan a autoinyectarse, evitar accidentes en la técnica de inyección y no favorecer las relaciones de poder entre pares. Sin embargo, durante el

trabajo de campo en El Local de la Mina observé que este tipo de acciones no generaban problemas bajo la supervisión del personal de enfermería. Por ejemplo, una tarde de verano acudieron a esta SCH Diego y Manuel. Ambos se lavaron las manos en el lavabo que hay junto la ventana. Se colocaron en la mesa y Manuel preparó las dosis. Diego tenía mal aspecto y miraba a todos lados. Mientras, Manuel repartía las jeringuillas, puso 0,3 ml en cada una de ellas, aproximadamente. Manuel se puso la goma en el brazo izquierdo, se pasó el alcohol y se encontró la vena a la primera. Sin embargo, Diego lo intentaba, no tenía la misma suerte y dijo: «Me estoy poniendo nervioso». Diego lo probó reiteradamente y no lo conseguía. Manuel, con ánimo de ayudar a su amigo, le rogó al enfermero: «Perdona, voy a ayudarlo… Viene conmigo, se lo he dicho a la chica [enfermera]». El enfermero asentía. Manuel le puso la goma a Diego y le palpó las venas. Mientras, el enfermero los observaba. Manuel, con cierta destreza, le encontró la vena y comprobó que lo había hecho bien: retiró el émbolo y observó que entraba sangre dentro de la cánula de la jeringuilla. Manuel le soltó el brazo a Diego y este se introdujo la dosis. Acabaron, recogieron la mesa y se fueron.

Situaciones tan normalizadas en El Local de la Mina han sido motivo de expulsión en otras SCH. En una ocasión, dos usuarios parroquianos del CAS Baluard, Alexis y Alfredo, fueron expulsados por ayudarse en la inyección. Acto seguido, no conformes con la expulsión, salieron del centro para consumir en las inmediaciones. Alfredo, que estaba sentado de cuclillas, se inyectó en el antebrazo izquierdo y le dejó al educador del equipo de calle la jeringuilla destapada para que la cogiera. Mientras el profesional les iba hablando, Alfredo respondía con expresión molesta: «No tenéis razón, no tenéis por qué expulsarnos». A su vez, Alexis se estiraba del cuello del jersey por la parte izquierda y aguantaba la respiración para que Alfredo pudiera encontrarle mejor las venas del cuello. Alfredo le pasó alcohol por la yugular y le inyectó la aguja enfocada hacia abajo, le encontró la vena en el primer intento. Tras consumir, Alexis le repetía el gesto de dejarle la jeringuilla en el suelo al profesional. Al final, ambos se levantaron y Alfredo volvió a entrar al CAS para pedir jeringuillas. Le siguió recriminando: «No tenéis razón, no hemos hecho nada para meternos una expulsión». Alfredo y Alexis se fueron.

Los usuarios, por su lado, argumentan por qué no se deben prohibir este tipo de prácticas dentro de las SCH. Uno de ellos opinó al respecto:

> No sé qué diferencia hay de que te pueda ayudar un enfermero o enfermera. A mí no me importa, pero, si no te va a chutar y tú no puedes, pues sí que me importa. Vamos tú y yo a chutarnos y tú ese día no te la encuentras, porque hay muchos días que no te la encuentras, porque estás nervioso o no sé, hay días que no, no sale. Y que no, venga el otro a ayudarte; yo creo que debería dejar al colega que sí puede, pues ¡pum!. (Mick, fiestero)

Esta opinión nos muestra que ayudarse a inyectar entre usuarios es una práctica normal de compañerismo y una alternativa para agilizar el consumo en las SCH. En esta línea, las SCH deben ser un lugar donde los usuarios reproduzcan las prácticas de consumo que llevan a cabo en otros lugares y donde los profesionales puedan valorar si estas se producen de forma higiénica; y actuar para mejorar la higiene y autonomía entre los usuarios cuando sea necesario.

En definitiva, se debe reflexionar en torno a la normativa de las SCH con los usuarios, con el fin de establecer unos acuerdos que eviten las sanciones y que faciliten el acceso a estos dispositivos. En este sentido, las sanciones no deberían estar asociadas a prácticas de consumo de la cultura local o a necesidades de las personas que usan drogas que choquen o no hayan sido contempladas en la normativa ni el funcionamiento de las SCH. También sería conveniente revisar periódicamente estas normativas para un mayor sentido de apropiación entre los usuarios de estos dispositivos.

Interacciones entre usuarios y profesionales

Los usuarios que acuden asiduamente a las SCH tienen una opinión positiva del uso del espacio y buen concepto de los profesionales. En general, se respetan las normas de uso y hay buena armonía entre usuarios y profesionales. Sin embargo, algunos usuarios, sobre todo los que consumen con intensidad, refieren que, en las SCH, es difícil disfrutar el consumo y acatar las normas, por lo que prefieren consumir en otros lugares donde la experiencia es más placentera. Dos usuarios trataron este tema:

> Yo si me meto cocaína prefiero hacerlo en la calle. No me va bien la sala [SCH] para eso. Cuando vas puesto de coca, te mola coger espacio, ir con tu paranoia; y es una cortada de rollo tener al lado uno puesto de caballo… Vas todo enchufado, no mola tener peña a tu alrededor. (Javier, rutero)

> El problema es cuando te has drogado y llevas un colocón de heroína y te dicen que limpies la mesa; la verdad, lo encuentro un poco absurdo, porque no sabes dónde tienes el ojo derecho para poder limpiar nada. Yo creo que una persona que está con un colocón, que está con un cermeño de heroína como de cocaína… Decirle que se centre en fregar, no, no, porque en lo psicológico está disfrutando. Entonces, esa cosa así es lo que no se acaba de encajar. (Edgar, rutero)

En las SCH, los usuarios bajo los efectos de las sustancias tienen problemas para seguir ciertas indicaciones de los profesionales e interactuar con otros usuarios. En general, estas dificultades se observaban en consumidores de cocaína con alta intensidad y con baja adherencia a las SCH. Estos preferían consumir en vía pública para evitar problemas o *malos rollos* con profesionales y otros usuarios.

También se detectaron situaciones entre usuarios que limitan el uso de las SCH y tienen que ver con las relaciones de poder. En muchos casos, en las transacciones de dosis entre usuarios, se producen casos de aprovechamiento que pueden conllevar ciertos episodios de violencia. Dos usuarios hablaron sobre este aspecto:

> La desventaja es la pesadez de la gente que no son tus amigos ni nada. Están los helicópteros, que, ya antes de llegar: «Oye, tío, por favor, que no sé qué, que pum», «oye mira» […]. El problema es que lo has invitado algún día y luego tú le pides un poco, para poder ir yo a hacer mi historia, y te dicen: «No, no que solo tengo medio». (Mick, fiestero)

> El otro día estaba en la sala, partiendo el pico con un gilipollas y tú sabes que, si subes el émbolo hasta arriba en una española, lo que queda entre el émbolo y la conexión de la aguja, al menos es un tres. No es como las americanas, que lleva un tope arriba… Pues el hijoputa me quería dar una que, al purgar, quedaba menos que la otra y le digo: «Pero tú de qué vas dándome una con un tres menos, ni que llevaras veinte años chutándote y te pienses que soy tonto…», ahora tengo 48 años. Y el tío que me quería dar una con menos diciendo que era lo mismo. Pues le dije: «Vale, pues si es lo mismo dame la otra»; y el tío no quería. Pues le dije: «Pues ahora vamos fuera a partirnos la boca, porque, si la liamos aquí, nos sancionarán»; y nos fuimos fuera. Ya le habían avisado: «Cuidado con ese pequeñín, que no es tonto y es muy bravo» y cogí y me lo llevé al parque y le pegué un guantazo que lo dejé fino. Con ese se han acabado las medias y las tonterías. (Julio, parroquiano)

En el relato de los participantes se detectaba que acudir a las SCH no siempre es del todo satisfactorio, que puede haber malas interacciones

entre usuarios. En estos espacios se producen situaciones comprometidas relacionadas con peticiones de invitación de otros usuarios, discrepancias en la repartición de dosis entre usuarios que han comprado a medias, ruidos e impertinencias de otros usuarios, etc. Todo ello comporta que muchos prefieran consumir en lugares más tranquilos.

En relación con los profesionales, algunos usuarios se molestan cuando precisan ayuda para encontrarse y canalizarse la vena, y algunos profesionales no acceden de inmediato a esta necesidad. Dos usuarios reflexionaban:

> Deben tener un poco más de orejas abiertas cuando te gritan o no te ayudan a pincharte. A veces te dan una opinión muy fea, «si no puedes, te jodes y, si no, no te pinches, fuma». Cuando una persona tiene metida la heroína y la cocaína en la chuta y la está perdiendo, si es un profesional para ayudar al toxicómano, ponte unos guantes e intenta localizarle una vena, no digo pincharle, pero si localizarle una vena: «aquí, o aquí o aquí». Un poco más de tacto. (Julián, parroquiano)

> Quien quiere, se pone los guantes y lo ayuda y, quien no quiere, no se los pone. Al que lo necesita de verdad no lo ayuda y al otro, que se sabe pinchar, le ayuda. Incluso a mí me quedaba un cinquillo y me han dicho que «para un cinquillo ya te lo pongo». Y cuando estoy de mono de verdad, que necesitaba ayuda, no me lo ha puesto para que me lo pusiera fuera [de la vena]. Son cosas que yo he visto que lo hacen a mala leche. (Esmeralda, parroquiana)

Sería necesario no presionar a los usuarios que tienen dificultades para inyectarse. En estos casos, es recomendable asesorar al usuario en la búsqueda de las venas y en la técnica correcta de la inyección. Ante este tipo de casos, es recomendable valorar la situación y favorecer un consumo autónomo, solo ofrecer ayuda en caso de que persistan las dificultades después de que lo haya intentado el usuario.

Diseño de los espacios de consumo

Durante el trabajo de campo he comprobado que no existe una SCH perfectamente adaptada a las necesidades de los usuarios y los profesionales. En los lugares donde se realizó la investigación, se encontraron limitaciones relacionadas con el diseño, el número de plazas y el tamaño de los espacios de consumo. Respecto al número de plazas, es una cuestión que, con los años, ha ido mejorando con nuevos espacios de consumo

que han facilitado la agilización del uso de las SCH. Sin embargo, las limitaciones de diseño y tamaño todavía son una barrera de acceso a estos dispositivos.

En relación con las dimensiones de las SCH, los usuarios de cocaína mostraban la necesidad de disponer de espacios más amplios para experimentar los efectos del consumo. En varios estudios (Andreo, Rogés, Marco *et al.*, 2013; Delàs, Priore, Pigem *et al.*, 2008; Roncero, Martínez-Luna, Daigre *et al.*, 2013) se ha observado que, en el síndrome posconsumo de cocaína por vía parenteral, aparecen síntomas comunes como verborrea, diaforesis, midriasis, sialorrea y psicoticismos (búsqueda de objetos y alucinaciones visuales). Entre estos síntomas, los psicoticismos son los más difíciles de manejar entre los profesionales. Estos se acentúan y son más habituales en el consumo de crack por vía pulmonar, según estudio realizado en el SAPS (Delàs, Adán, Díaz *et al.*, 2010). En este caso, los efectos son más difíciles de manejar, ya que los usuarios se quedan en un estado de alerta y de hiperatención que produce mayores problemas en la interacción entre usuarios y profesionales. Dos usuarios lo comentaron en la entrevista:

> Hay que saber diferenciar lo que es un consumidor de heroína y lo que es un consumidor de cocaína, y las necesidades de cada uno. Sabiendo que cada consumidor de cocaína es un mundo, a cada uno le da por una cosa… Para meterte coca, se necesita un espacio más abierto, como si fuera un trozo de descampado y buscas, rascas y lo que sea. Un sitio que te pudieras meter y que no molestes a nadie. (Edgar, rutero)

> Con el tema de la coca es más el tema del ritual. La gente es así. Cuando la gente se inyecta, lo siente de una manera, se ponen a su bola, pero el fumar es de una manera diferente, estás como más atento a todo, no tan perdido. (Julián, parroquiano)

Se considera que las SCH están bien adaptadas para el consumo de heroína. Sin embargo, para el consumo de cocaína, las salas no funcionan tan bien, sobre todo por los espacios pequeños, y se crean problemas de interacción entre profesionales y usuarios relacionados con la paranoia y otras reacciones adversas que para las que disponer de espacios más amplios daría más margen de actuación.

En relación con el diseño de las SCH, los participantes expresaban la falta de espacios específicos para cada vía de consumo. Todas las SCH de Barcelona están pensadas para el uso por vía parenteral y solo se dispone

de una sala para el consumo por vía pulmonar en el CAS Baluard. En el caso del uso por vía intranasal, se permite utilizar los espacios de consumo existentes. El consumo de drogas por vía parenteral conlleva más riesgos para la salud que por otras vías, hecho que ha llevado a una mayor presencia de espacios para esta práctica; aunque los usuarios no se estaban de acuerdo con la falta de diversificación de los espacios de consumo:

> Hay más sitios para inyectar porque dicen que el caballo blanco va mejor por vena, pero las políticas estas que ponen están bien, pero, ya que ponen esto, de fomentar más el rollo de fumar. Ya que ponen un espacio para inyectar, hacer un espacio para fumar. El único fumadero de toda Barcelona es este (Baluard). Yo cuando iba a la Mina a pillar me tenía que meter en parking, en el Lidl, a veces en la alarma porque tienen cámaras y todo ese rollo y en la Mina no tienen sitios donde fumar. Veo positivo que haya estas salas, pero veo negativo que solo haya para la inyección. (Kike, parroquiano)

> Tendría un sitio para cada cosa, claro… Para esnifar, fumar e inyectar. Un sitio para cada cosa, para que la gente no tuviera que consumir en la calle, porque hay gente que se va, que fuma o esnifa y la verdad que no hay sitios. (Cris, rutera)

Aunque el uso de drogas por vía parenteral es más problemático, se precisa disponer de espacios para las diferentes vías de consumo. Diversificarlos es necesario, no solo para dar cobertura a los diferentes tipos de preparado en sustancias para consumir y su uso, sino también para promover la transición del uso de drogas por vía parenteral hacia otras vías menos nocivas.

Cobertura horaria

Uno de los aspectos más controvertidos de las SCH es la cobertura horaria. En Barcelona y sus alrededores no existen ninguna SCH que abra veinticuatro horas al día. Históricamente, el único espacio que abría prácticamente todo el día era el CAS Baluard, pero desde 2010 ha sufrido modificaciones horarias con recortes en la actividad de la SCH.[25] No obstante, en los barrios estudiados se detectaba que la venta de drogas se iniciaba

25 En 2018 se intensificó el consumo en el barrio del Raval y, por presiones vecinales, durante el verano de ese año el CAS Baluard permaneció abierto las veinticuatro horas. En otoño, restableció su horario a la franja diurna habitual.

mucho antes de la apertura de las SCH. Dos usuarios habituales en las SCH hablaron al respecto:

> Aquí [barrio de la Mina], a las 9.30 h ya sirven y la gente ya empieza a comprar y por la noche las salas de aquí cierran a las 19 h y hasta la 22 h venden en muchos sitios y por la noche siguen en algunos pisos. La noche es muy de coca… (Javi, rutero)

> Los horarios por aquí son fatal… Cuando abre a las diez de la mañana [Baluard] y estás durmiendo en la calle, la guardia urbana te despierta a las 8 h y no puedes ir a dormir a ningún lado, te echan de todos los sitios, de los cajeros y todos los lados. Pues, claro, lo suyo sería levantarse a las ocho de la mañana y que ya tuvieras un sitio para ir a tomarte un cafelito con leche o darte una ducha o estar tranquilo, no sé, un sitio donde poder… Nosotros, los toxicómanos, por desgracia, no tenemos donde ir. Ese es el único servicio que tenemos. […] Yo no digo veinticuatro horas al día; hombre, si fuera por mí, sí, pero, bueno, un poco más. No sé, cambiar un poco el horario. Yo sé que con la crisis la cosa no está para tirar cohetes, pero bueno. (Jonatan, rutero)

Las SCH tienen un horario limitado en la franja nocturna y en los fines de semana. Este hecho produce una baja cobertura de los consumos, sobre todo en las *zonas calientes* de venta y consumo de drogas. Del análisis se desprende la necesidad de aumentar las horas de apertura de las SCH, deberían estar disponibles todos los días y a todas horas. Los usuarios daban sus razones:

> Debe ser un *continuum*, ¿vale? Si un tío hasta las 12 h es limpio y desde esa hora hasta las 11 es un guarro, no puede ser y, qué quieres que te diga, no se puede pasar del yonqui limpio al yonqui guarro; pero si eres un yonqui limpio y sigues una sanidad correcta, ¿vale? Pero he sido un yonqui hasta las 12 saludable y de las 12 hasta las 8 soy un yonqui guarro. Qué quieres que te diga, no le encuentro la lógica. (Edgar, rutero)

> Los toxicómanos estamos todo el día, las veinticuatro horas. No somos como una persona trabajadora, que trabaja ocho horas al día, nosotros necesitamos servicios todo el día. Con asistencia médica, con un sitio donde poder consumir. (Jonatan, rutero)

En general, barrios con una fuerte escena de drogas como el Raval y la Mina, u otros barrios como Sant Roc de Badalona, precisan una mayor cobertura de horarios adaptados a las necesidades de los usuarios. Aunque se ha limitado la franja nocturna de los centros sociosanitarios con SCH, durante la noche hay usuarios que requieren un espacio para consumir, sobre todo los de cocaína. Además, existe el reclamo entre los usuarios sin

vivienda de abrir los centros más temprano para tener un lugar donde ir tras pasar la noche a la intemperie o durmiendo en portales o cajeros.

Expectativas de futuro de los usuarios[26]

En las narrativas de los entrevistados he analizado, como parte representativa, las trayectorias de vida de los usuarios de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico de Barcelona. Estos inician el consumo de drogas para superar los malestares generados en los procesos de socialización y continúan con un consumo intenso de heroína o cocaína que los conduce a emprender una serie de itinerarios terapéuticos o por el circuito jurídico-penal.

Durante las entrevistas, los usuarios de las SCH reflexionaban sobre sus expectativas vitales. En general, deseaban mejorar su calidad de vida controlando o dejando de consumir a diario o para siempre. Las argumentaciones eran diferentes dependiendo del tipo social del entrevistado.

Los usuarios de tipo rutero, consumidores de cocaína o *speedball* por vía parenteral, de gran intensidad y con baja adherencia a las SCH, refieren el deseo de buscar diferentes métodos para controlar o dejar el consumo diario, que les reporta una serie de problemas insostenibles en su situación actual. Ramón comentó que su estado de salud era preocupante, que debía hacerse pruebas para el VIH y que, en el CAS, le habían ofrecido el programa de metadona para mejorar sus consumos:

> Ahora estoy hecho polvo. Hace mucho que tengo hepatitis C. El hígado lo tengo bien pero no puedo dar sangre. El bicho [VIH] no lo tengo. Me estoy haciendo pruebas porque no paro de meterme con uno y con el otro. A nivel de salud mental, estuve un mes desorbitado, menos mal que me ayudaron para que fuera al médico, me acompañaron al Mar [hospital]. Se me acumuló todo, salí y me gasté todo el dinero que tenía. Ahora no tomo metadona, aunque la doctora quiere ponérmela. Tomo seroquel, diazepam y el Trankimazin. Para las paranoias, oía voces, me peleaba con la gente. Me quedé en la calle y quise atracar dos coches y no me salió bien. Tengo que hacer algo ya.

26 Algunos de los aspectos de esta sección se han publicado en la revista *Salud y Drogas*, en un artículo sobre los estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona (Clua, 2018).

Edgar se planteaba tomar una decisión para mejorar su estado de salud, afectado por el VIH y la hepatitis C:

> Tal como está mi situación familiar y de salud, tal como está mi hígado, quiero tomar medidas de piso terapéutico para dejar de consumir. Antes no lo había hecho porque mi salud no lo requería, pero ahora mi situación es bastante delicada. Ahora sigo consumiendo, sin medicación [antirretrovirales] y con el hígado tocado. Puedo acabar en cirrosis y no tengo defensas para hacerme el Interferón [tratamiento de la hepatitis C]. Tengo que tomar una decisión, a lo mejor no duro diez años, pero, dentro de lo que dure, que sea lo mejor posible dentro de la condición que la salud me deje.

Las perspectivas de futuro de este tipo de usuario son las de mejorar su estado físico, de controlar el consumo de drogas para que aumente su calidad de vida. El rutero mantiene un consumo intenso y usa de manera limitada los programas de reducción de daños. Realizará tratamientos y seguimientos de forma más rigurosa y solicitará ayuda para cubrir sus necesidades sociales en el momento en que contemple que el consumo le reporta una serie de déficits físicos y psíquicos, y problemas con la ley que le llevarán a pensar en acciones para cambiar su estilo de vida.

Los parroquianos, consumidores de heroína o cocaína por vía parenteral o pulmonar de baja intensidad, sostienen una alta adherencia a las SCH. Expresan el deseo de no empeorar su situación y de no intensificar el consumo a diario para poder replantearse, en un tiempo, un tratamiento con garantías que aumente su calidad de vida.

Kike se planteaba dejar la heroína para volver a trabajar y no cronificar el consumo:

> Actualmente, mi idea es dejar la heroína, porque nunca estuve en esta movida y esta movida no va conmigo. Conocí mucha peña del palo, pero al final se han salido y no son tan del palo. No estoy en contra de las drogas, pero es todo lo que conlleva. De aquí a unos años lo veo cada vez más cronificado y cada vez me lo estoy tomando más en serio el tema de dejarlo.

Miguel se planteaba dejar la cocaína y comenzar a bajar la dosis de metadona:

> Actualmente estoy con la metadona a sesenta [miligramos] y, que yo sepa, eso es para la gente que está enganchada a la heroína y yo hace dos años que no tomo heroína. A lo mejor en un mes habré tomado un pico. No entiendo por qué no me la quieren bajar, porque yo estoy destrozado por la cocaína […]. De la heroína me pasé a la cocaína. Por culpa de la cocaína se me va la

> memoria desde hace dos meses y ya estoy harto. Voy a poner una queja en el CAS, porque no me quieren bajar la metadona y la metadona con la cocaína no tiene nada que ver. A lo mejor tomo una vez heroína porque es viernes por la tarde y no llego al CAS y han cerrado. A lo mejor he comprado metadona en otro sitio. La heroína no me da manía, la tomo porque me quita el mono.

Berta quería comenzar una terapia para dejar de consumir a diario y, así, mejorar su estado mental y llevar a cabo un seguimiento del diagnóstico reciente del VIH y la hepatitis C:

> Hace un mes que me diagnosticaron VIH y VHC por compartir jeringuillas. He estado ingresada un mes, en el hospital psiquiátrico, por psicosis. Tengo brotes psicóticos hace muchos años, de jovencita. Sigo tratamiento para los brotes psicóticos y para el VIH aún no, porque estoy bien. Para tratarme de las drogas, he pedido ayuda a nivel informativo y de tratamientos. Quiero seguir terapia de reinserción social para tratar de eliminar las drogas de mi campo, para vincularme a una nueva forma de vivir sin tener que estar constantemente drogándome. Marcarme una meta de funcionamiento normal diario. Terapia individual donde te expliquen qué puedo hacer para estar mejor.

Este tipo de usuarios toma conciencia de dar un salto cualitativo para mejorar su salud al solicitar tratamientos de mayor exigencia. El parroquiano refiere el deseo de adoptar un estilo de vida sin drogas o mantener el actual, evitando malestares relacionados con el consumo de drogas (síndrome de abstinencia, sobredosis e infecciones). Mientras tanto, integra los programas de reducción de daños para no empeorar su estado de salud y se plantea, en un futuro, realizar con éxito tratamientos por abuso de drogas y problemas de salud concomitantes, con el objetivo de aumentar su calidad de vida y llevar un día a día normalizado.

Los pasajeros, consumidores de heroína —preferentemente, por vía pulmonar o nasal— de baja intensidad que acuden puntualmente a las SCH expresan el deseo de continuar ocultando su situación actual y recapacitar para buscar medidas que no los lleven a un consumo más intenso o, incluso, que los alejen del consumo diario. Por ejemplo, un día, mientras hablaba en la puerta del CAS Baluard con Aarón, un pasajero que acudía a este centro a fumar heroína en el espacio de inhalación asistida (EIA), este me explicó su estrategia para volverse a Madrid y dejar de consumir:

> Tengo que mirar de arreglarme para empezar a tomar metadona… En el curro estoy fatal. Los voy a denunciar por usureros… Me contratan por veinte horas y luego me están llamando cada día; y eso no es así y más unos tíos que están forrados de pasta y tienen mil restaurantes. Los voy a denunciar y

> sacarles lo que pueda… Mañana tengo abogado a las 18 h, a ver si saco cinco mil euros y me voy de Barcelona y vuelvo a Madrid. Aquí no estoy haciendo nada. A ver si me quito, pillo la pasta y me voy a disfrutarlos con mi niña, que está en Madrid.

Sin embargo, los usuarios presentan dificultades para mejorar su calidad de vida y disminuir los efectos negativos del consumo intenso de drogas. Por ejemplo, Erika deseaba dejar de consumir y mejorar la relación con sus abuelos. Durante la entrevista a principios de abril de 2014, el deseo de Erika era el siguiente:

> Ahora voy al CAS de Nou Barris y estoy más mentalizada que cuando iba a CECAS [piso terapéutico del Centre Català de Solidaritat]. Llevo medio año, a lo mejor me he metido alguna raya, medio gramo y alguna cerveza, pero me ha sentado bien y no he tenido ganas de venir a la Zona Franca, ni nada. Totalmente diferente. Yo he tomado mi decisión, aunque llevo unos días que se me ha ido la olla. Espero irme a casa y estar con mis abuelos, en casa de ellos me ducho y todo. He estado en la calle, pero mis abuelos son mis abuelos. Son con los que tengo que dar, pero no sé dar.

Sin embargo, el consumo intenso en Zona Franca la llevó a sufrir una sobredosis fatal. Esta información la recibí de las educadoras de la unidad móvil de Zona Franca, a mediados de 2014, mientras estaba en el comedor del CAS Fòrum.

El pasajero es un usuario oculto que procura no visibilizar sus prácticas de consumo estigmatizantes y continuar con una vida normal. Procura no empeorar su situación, intensificando el consumo o realizando consumos por vía parenteral. Por ello, se plantea buscar métodos para controlar el consumo o dejar de consumir. Mientras, se lamenta de su rutina diaria y se esfuerza por mantener oculta su adicción, utilizando métodos de prevención y promoción de la salud que no interfieran en su cotidianidad laboral y familiar. Sin embargo, presenta dificultades para compaginar el seguimiento de los tratamientos por uso de drogas con su día a día.

Los fiesteros, consumidores en tratamiento en centros de drogodependencias que acuden ocasionalmente a las SCH, expresan el deseo de no transformar el consumo ocasional en habitual para no dejar de cuidarse ni empeorar su situación actual. Mick deseaba ajustarse la dosis de metadona para dejar de consumir ocasionalmente durante la semana:

> Fui al médico y le dije que quería bajar, estaba consumiendo y me dijo: «Cuando estés estable te bajaremos, pero ahora, como estás consumiendo, te

> vamos a subir de 60 a 70 mg y, si en 70 no consumes durante un año, entonces bajaremos». Lo que pienso que la estoy cagando que te cagas. Para mí las indicaciones están bien, no las discuto para nada. Si tengo que seguir los pasos, al menos tengo que estar un año sin consumir. Si desde ahora hasta junio estoy sin consumir, ya me planteo empezar a bajarlo. No sé, si tengo que estar un año sin consumir… Al final todo es fuerza de voluntad. Ahora consumí hace tres días y he vuelto a las andadas. Estoy consumiendo cada tres días más o menos desde hace dos meses. He estado tres meses sin nada y hace dos meses caí otra vez. Ahora estoy con la intención de dejarlo otra vez.

Vanesa deseaba seguir llevándose bien con su familia, mantener su estado de salud y buscar actividades para entretenerse y no recaer en el consumo a diario:

> Actualmente, mi apoyo es mi madre por todo, cuando he estado tirada en la calle…; ella nunca me ha echado, fui yo la que se fue. Con mis sobrinos, muy bien. Mi sobrino siempre viene conmigo porque le dejo margen para tocar las cosas. Mi relación con mi familia está bien. […] Tomo rivotril para dormir porque, si no, no duermo y los antirretrovirales me lo llevan en el Mar, estoy a 400 defensas,[27] me han subido. Tomo cinco pastillas, dos por la mañana, que se me han olvidado, y tres por la noche, Kaletra y Kivexa [antirretrovirales del VIH]. Luego, cada jueves vengo a terapia [CAS Baluard], pero yo lo que quiero es hacer cursos, me apetece hacer inglés, que tengo que ir a mirarlo. Hay que tener la mente ocupada que, si no, me fumo un porro y para qué. Tengo nociones de internet, pero me gustaría estudiar ofimática.

Este tipo de usuario es consciente de su situación y reflexiona sobre cómo mantener o mejorar su estado físico y psicológico. Sus proyectos vitales tienen que ver con establecer una buena relación familiar, continuar su proceso de recuperación acudiendo a las visitas de los centros de atención a las drogodependencias y seguir las pautas marcadas por los profesionales. Su mayor preocupación es no recaer en un consumo intensivo, mantener consumos ocasionales que no le impidan el autocuidado y continuar con una situación familiar u ocupacional favorable.

27 Una persona sana o con VIH estabilizado tiene por encima de entre 500 o 800 CD4.

CONCLUSIONES

En esta investigación se han analizado las historias de vida de usuarios de las salas de consumo higiénico (SCH) durante el período 2012-2016, con el objetivo de describir los procesos de salud-enfermedad-atención relacionados con el uso disfuncional de drogas, concretamente de heroína y cocaína por vía parenteral y pulmonar. Además, se ha profundizado en cómo los participantes incorporan estos dispositivos como estrategia de autoatención con el fin de comprender las variables estructurales, sociales y ambientales que configuran sus estilos de vida y el consumo de drogas en distintos entornos. Dado el enfoque etnográfico que se ha tomado, caracterizado por el uso de métodos cualitativos como las historias de vida, las entrevistas semiestructuradas y la observación participante, se han descrito los escenarios por los cuales transitan diariamente los usuarios de las SCH. Mediante este enfoque espero haber ayudado a comprender los distintos itinerarios terapéuticos, conocer la cotidianidad en las SCH y reflexionar sobre las políticas de drogas actuales.

En primer lugar, quiero trazar las ideas principales sobre las trayectorias vitales de las personas usuarias de drogas. A continuación, se sintetizan las características principales de los usuarios de las SCH (tipología) y se revisan los aspectos clave sobre la puesta en marcha de estos dispositivos en Barcelona con el fin de aportar mejoras y aumentar así su eficacia. Por último, se exponen una serie de propuestas de intervención social y de salud para una cobertura holística y adaptada a las necesidades de la población estudiada.

Entre los usuarios de las SCH existe una diferencia generacional en cuanto al uso de sustancias según los períodos de expansión de estas. Los iniciados a finales de los años setenta y los ochenta se caracterizan por el uso de drogas por vía parenteral de forma temprana en una época en que no existía una red asistencial específica de las drogodependencias. Estas formas de consumo se expandieron rápidamente por los barrios margina-

les de las grandes ciudades y aumentó la criminalidad (robos con fuerza en entidades bancarias y farmacias) y los problemas de salud asociados al consumo (sida, sobredosis y otras reacciones adversas) en un momento con poca información acerca de los efectos de las drogas y una baja concienciación respecto a estos.

Los que se iniciaron a mitad de los años ochenta y principios de los noventa se desenvuelven en una época en la que comenzó a tenerse conciencia de los efectos negativos del consumo por vía parenteral. Estadísticamente, se produjo el mayor registro de muertes por sobredosis y es, probablemente, la etapa de máxima expansión del VIH en nuestro país. Sin embargo, las respuestas de la Administración de salud pública no comenzaron a tener una respuesta favorable hasta mediados de los años noventa, cuando se pusieron en marcha los programas de reducción de daños (PIJ, programas de metadona, etc.), momento en que los nuevos movimientos juveniles rechazaron el uso de drogas por vía parenteral coincidiendo con una nueva cultura musical y de uso de sustancias estimulantes (cocaína, MDMA, *speed*, etc.).

Los iniciados en el consumo a mediados de los años noventa, nacidos a finales de los setenta y principios de los ochenta, comienzan a consumir heroína y cocaína por vía parenteral o pulmonar tras un tiempo de experimentación y consumo de sustancias en espacios de ocio. Este se torna intenso y adopta un nuevo significado como paliativo del malestar diario relacionado con unas adversas circunstancias personales y sociales.

En los tres grupos generacionales puede relacionarse el problema del consumo intenso de drogas como forma de autoatención a los malestares producidos en el seno familiar y por determinados modelos de socialización. En la mayoría de los casos, aparecen problemas parentales, con la figura del padre como elemento disfuncional en el sistema de relaciones de la familia. Con el tiempo, en edades más adultas, los consumidores que arrastran problemas de la infancia o los iniciados en un consumo intenso en edades adultas evidencian sus problemas existenciales cuando intentan formar una pareja sentimental. En algunos casos, estos problemas se agravan en las parejas con hijos, donde las desavenencias en la relación comportan la pérdida de la patria potestad de estos. En el caso de las subpoblaciones extranjeras, se detectan personas que presentan un uso de las drogas disfuncional en origen o que problematizan su relación con las drogas al llevar a cabo procesos migratorios no satisfactorios o con pocas oportunidades laborales.

El consumo intenso de drogas y la organización de la vida alrededor de estas resultan ser incompatibles con el desarrollo de actividades lúdicas, laborales, familiares y educativas. En buena parte de los entrevistados, la vida laboral es inexistente o corta debido a las dificultades de compaginar esta con un consumo intenso de drogas y de encontrar empleos cualificados debido a la baja instrucción educativa. En períodos de abstinencia, no tienen forma de llenar el vacío con actividades de ocio ni de encontrar apoyos para mantener unas condiciones de vida alejadas del consumo intenso. Muchos usuarios han tenido conflictos familiares que los alejan de sus hogares y, en casos extremos, tienen que sobrevivir en la calle o en infraviviendas de forma irregular. En esta situación, los consumidores emplean diferentes métodos para buscarse la vida y sobrevivir en condiciones de marginalidad. En muchos casos, los consumidores emplean métodos ilegales, como hurtos, robos y venta de drogas al por menor, que conllevan problemas con la ley e ingresos en prisión. En el caso de los inmigrantes, esta situación se agrava por la dificultad de regularizar su situación, lo que les da problemas para acceder a la salud, al empleo, a la vivienda y al ocio.

A lo largo de las etapas de consumo intenso se desarrollan problemas de salud (síndrome de abstinencia, sobredosis e infecciones) que estimulan a los consumidores a reflexionar sobre el rumbo de su vida, a buscar diferentes métodos de autoatención y a acudir a los centros de salud de la red asistencial de drogodependencias. Muchos emprenden itinerarios terapéuticos en los servicios de salud ambulatorios (CAS y centros de día) y en centros cerrados (comunidades terapéuticas y prisiones), y utilizan métodos de autoatención (deporte, pasar el mono, ingesta de benzodiazepinas, etc.) con el ánimo de cesar el consumo intenso de drogas.

Mediante el método etnográfico se ha recogido información sobre el uso de drogas en espacios *naturales* (vía pública y pisos de venta de drogas) y dentro de los servicios sociosanitarios de Barcelona que cuentan con SCH. Esto ha permitido comparar las características de los consumos de drogas, de las prácticas de riesgo, de las necesidades y de las motivaciones para acudir a las SCH entre los participantes. Se ha diseñado una tipología de usuarios según la intensidad en el uso de drogas y la adherencia a las SCH. Esto nos ha permitido conocer cómo los usuarios gestionan los placeres y daños relacionados con el uso de drogas en los distintos entornos de consumo y el impacto de las SCH en su calidad de vida. En este sentido, se ha puesto atención en las barreras de acceso y otros aspectos de

funcionamiento interno de las SCH con el objetivo de dar con formas de mejorar la eficacia de estos dispositivos.

La tipología diseñada describe cuatro estilos de vida. Estos no son categorías estáticas, sino que pueden cambiar a lo largo del tiempo según las motivaciones y las oportunidades para el cambio en el estilo de vida. De forma resumida, los estilos de vida son los siguientes:

a) Rutero. Consumidor de cocaína o *speedball* (mezcla de heroína y cocaína) por vía parenteral de gran intensidad que presenta graves problemas de salud (VIH, hepatitis C, trastornos mentales, etc.) y emplea diferentes métodos para buscarse la vida y obtener dinero y sustancias. Son usuarios que permanecen a lo largo del día en los espacios de ritualización del uso de drogas, que consumen en vía pública y pisos de venta de drogas, que mantienen una baja adherencia a las SCH. Acuden a estos dispositivos para consumir y no acostumbran a participar en las actividades o programas ofrecidos por estos dispositivos.

b) Parroquiano. Consumidor de heroína o cocaína, por vía parenteral o pulmonar, en baja intensidad y que presenta un deterioro físico a consecuencia de períodos de uso de drogas más intensos. Son usuarios que en su mayoría mantienen un aspecto cuidado y ciertas pautas de higiene; también siguen con regularidad los programas de dispositivos de atención a las drogodependencias. Están altamente comprometidos con la actividad de los centros con SCH y utilizan estos espacios habitualmente, excepto por imposibilidad cuando estos permanecen cerrados.

c) Pasajero. Consumidor de heroína, preferentemente, por vía pulmonar o nasal, que realiza aproximadamente dos o tres consumos al día. Normalmente son personas de aspecto físico y estético cuidado que pasan desapercibidos en las escenas de drogas. Acuden a las SCH para consumir en su trayecto de casa al trabajo u otra actividad no relacionada con el uso de drogas; o viceversa. No realizan tratamientos en servicios de atención a las drogodependencias.

d) Fiestero. Consumidor en proceso de recuperación, en tratamiento o terapia en centros de salud (CAS, CSMA, etc.). Se trata de usuarios con problemas de salud crónicos (enfermedades

infectocontagiosas, trastornos mentales, etc.) que utilizan en días ocasionales a las SCH para *darse un homenaje* de heroína o cocaína por vía parenteral.

En todos los casos, los usuarios acuden a las SCH con el objetivo de mejorar su calidad de vida, controlar el consumo o dejar de consumir a diario o para siempre. La toma de decisiones dependerá de la capacidad de agencia y los condicionantes estructurales que definen los estilos de vida. En cada uno de estos, se detecta que en el momento en que las prácticas diarias supongan un daño, estas se cuestionarán y se tomarán posiciones frente a las prácticas con las que se *corren riesgos*. Estas prácticas se pondrán en tela de juicio y se puede llegar a tomar la decisión de cambiar elementos del estilo de vida.

En todos los casos, los usuarios se movilizan en la búsqueda del bienestar personal. En las SCH, los usuarios continúan consumiendo, solicitan tratamientos y terapias, piden ayuda para cubrir sus necesidades básicas y reflexionan sobre el futuro. Los usuarios de tipo rutero exponen el deseo de buscar diferentes métodos para controlar o dejar el consumo diario, el cual les reporta una serie de problemas insostenibles. Los parroquianos expresan el deseo de no empeorar su situación ni intensificar el consumo a diario para poder replantearse, en un tiempo, un tratamiento con garantías de que aumente su calidad de vida. Los pasajeros verbalizan el deseo de continuar ocultando su situación actual y recapacitar para buscar medidas que no los lleven a un consumo más intenso o, incluso, para alejarse del consumo a diario. Los fiesteros refieren el deseo de no transformar el consumo ocasional en habitual para así no dejar de cuidarse y empeorar su situación actual.

Los usuarios de las SCH presentan diferentes características, por lo tanto, las intervenciones para mejorar su calidad de vida deben tener en cuenta sus intereses y necesidades inmediatas. En el caso de los ruteros, se recomienda ofrecer una mayor flexibilidad en los programas con el objetivo de reducir los riesgos y daños del consumo (sobredosis y transmisión de enfermedades infectocontagiosas) y dar una mayor cobertura de las necesidades sociales básicas. En el caso de los parroquianos, debe darse una mayor respuesta asistencial de las necesidades para aumentar la calidad de vida, también se deben promover procesos terapéuticos favorables a sus objetivos. En el caso de los pasajeros, se recomienda la promoción de tratamientos flexibles que no intercedan en su actividad diaria para incen-

tivar una buena adherencia. En el caso de los fiesteros, es necesario llevar a cabo intervenciones específicas que conduzcan a dar un salto cualitativo que evite la cronificación de sus malestares.

Los usuarios de las SCH consumen drogas y moldean las prácticas de consumo en situaciones y entornos diversos. En cada caso, se valoran una serie de placeres y de daños relacionados con el consumo de drogas en la vía pública, en viviendas y en las SCH dependiendo de los diferentes estilos de vida de los consumidores. Ante posibles daños, los consumidores de drogas adoptan una serie de estrategias de autoatención.

En relación con el consumo de drogas en la vía pública, los consumidores, sobre todo los de tipo rutero y parroquiano, comentan que este tipo de experiencia reporta una vivencia de los efectos más intensa de manera colectiva. Esta se intensifica en el caso del uso de cocaína, argumentan que este tipo de consumo es más tranquilo y vivencial en la vía pública que en las SCH. Por el contrario, muchos consumidores, sobre todo de tipo pasajero y fiestero, valoran este tipo de experiencia negativamente, pues implica una serie de consecuencias no deseadas, como el riesgo de contagiarse de enfermedades transmisibles por vía sanguínea (VIH y hepatitis B y C), sufrir efectos adversos (intoxicaciones y sobredosis), recibir un trato discriminatorio por parte de vecinos y transeúntes, y que intervenga la policía. En estos casos, aquellos que deciden consumir en la vía pública toman medidas de seguridad, como valorar las dosis que puedan tolerar, consumir en un lugar tranquilo con compañía y, en caso de que los sorprendan, utilizar una serie de argumentos para que no les quiten las dosis o los denuncien.

El consumo de drogas en viviendas se produce en aquellos usuarios que disponen de ella o que viven en casas okupas. Asimismo, en barrios como el Raval se detectan pisos donde los vendedores permiten el consumo de drogas, que son muy frecuentados por usuarios de tipo rutero. En general, en estos espacios se puede consumir con tranquilidad, sin que otros usuarios molesten y sin la presión de las normas de las SCH. Sin embargo, los consumidores por vía parenteral explican que se corre el riesgo de sufrir sobredosis y tener pocos medios para remontarlas, además de que se crean problemas con los compañeros de piso o familiares; o con otros consumidores en el caso de los pisos de venta de drogas. Los consumidores de cocaína exponen que, en caso de ansiedad y paranoia, es difícil controlar la situación. Para evitar estos casos de riesgo, los consumidores refieren consumir acompañados, disponer de móvil para avisar y, en los

casos de consumo de heroína también llevar kits de naloxona para combatir las sobredosis.

La mayoría de los consumidores explica que tomar drogas en las SCH es una buena medida para evitar sobredosis e infecciones y no tener problemas con el vecindario y la policía. Sin embargo, los usuarios de tipo rutero alternan los consumos en SCH con otro tipo de entornos (vía pública y espacios doméstico); los parroquianos casi siempre las utilizan, si bien consumen en otros espacios cuando están cerradas, y los pasajeros y fiesteros las utilizan con fuerte adherencia para evitar daños a toda costa. Sin embargo, una parte de los consumidores reportan que consumir en las SCH puede conllevar conflictos con otros usuarios (tener discrepancias al repartir dosis compradas a medias u otras impertinencias). A su vez, también opinan negativamente sobre las colas de espera, ocasionalmente, y sobre la asunción de las normas de la SCH. En estos casos, para evitar este tipo de molestias, los usuarios evitan transacciones de drogas en el interior de estos dispositivos para preservar la tranquilidad y acuden a SCH poco masificadas.

Las SCH son espacios donde se puede consumir con las garantías de no morir por sobredosis ni contraer enfermedades infectocontagiosas. No obstante, se detectaron una serie de barreras de acceso relacionadas con variables estructurales, ambientales y sociales y con el funcionamiento de las SCH. En primer lugar, se observa que la ubicación de las SCH en las proximidades de los pisos de venta de drogas facilita el acceso de los usuarios. El trabajo de campo se realizó en dispositivos situados en escenas abiertas de drogas como el barrio del Raval y la Mina; y se detectaron otras, como el Espacio de Punción Asistida del barrio de Sant Roc. de Badalona, que facilitaban el acceso al encontrarse próximas de los puntos de venta con precios adaptados al poder adquisitivo de los consumidores. Sin embargo, existen SCH en zonas con escenas débiles de venta y consumo de drogas donde la actividad es anecdótica; lo que lleva a valorar que las SCH solo pueden funcionar en aquellas zonas con una fuerte escena de drogas.

Una barrera de acceso importante es la intervención policial. Los consumidores están altamente criminalizados y reciben acoso policial diariamente en las inmediaciones de las SCH. Los participantes expresan que son intervenidos al acudir a las escenas abiertas de drogas o al dirigirse a las SCH mediante rutinas de identificación y registros policiales que provoca que muchos usuarios prefieran consumir en lugares alejados

para evitar dichos controles. En consecuencia, llevan a cabo las prácticas de consumo en pisos de venta o en la vía pública pudiendo sufrir daños sociales y a la salud. En este sentido, se propone una mayor coordinación con las fuerzas policiales y establecer un perímetro libre de presión policial para que los usuarios acudan a las SCH. A su vez, se recomienda que los policías actúen como agentes sensibles socialmente que animen a los usuarios a acudir a las SCH y a no consumir en la vía pública.

En relación con el diseño, el funcionamiento y la normativa de las SCH, hay una serie de aspectos por mejorar para facilitar el acceso a estos dispositivos. En general, los usuarios consideran que las normas de las SCH son asumibles y razonables. No obstante, existen algunas que fueron motivo de discusión. Nos referimos a la prohibición de las invitaciones entre usuarios dentro de las SCH, las limitaciones en el tiempo permitido para consumir y la prohibición de ayuda en la inyección entre iguales. No todos los usuarios aceptan estos aspectos y, en consecuencia, muchos deciden consumir fuera de estas instalaciones o, en ocasiones, los tienen que expulsar por incumplir la normativa. Se recomienda intensificar la comunicación con los usuarios y fomentar la participación en la toma de decisiones sobre el funcionamiento de las SCH para evitar que se incumpla la normativa y, en algunos casos, llegar a pactos para flexibilizar las normas con el objetivo de atraer a más usuarios a estos dispositivos, reducir sanciones y aumentar la adherencia a los dispositivos.

Los espacios de las SCH muestran limitaciones y barreras de acceso relacionadas con el diseño, la distribución de los espacios y la cobertura horaria. En relación con el diseño, existen limitaciones en la amplitud de los espacios de consumo, el número de plazas y la modalidad de espacios según la vía de consumo. Las SCH son pequeñas y tienen pocas plazas para consumir, lo que conlleva interacciones negativas entre profesionales y usuarios. En el relato de los usuarios nos encontramos con que, muchas veces, deciden consumir en vía pública para evitar hacer cola en SCH concurridas. En otros casos, sobre todo los usuarios de cocaína, refieren la dificultad de gestionar el uso de esta sustancia en un lugar con poco espacio y con mucha afluencia de gente. En este sentido, es necesario disponer de SCH con más plazas (sobre todo en barrios con alta afluencia de usuarios), más amplias y adaptadas a sus necesidades. Otro aspecto importante es que en Barcelona todas las SCH están pensadas para el consumo por vía parenteral y solo se dispone de una SCH para el uso de drogas por vía pulmonar. Del relato de los usuarios se extrae

la necesidad de diversificar los espacios de consumo para disponer de lugares para el consumo por diferentes vías. Por último, probablemente una de las barreras de acceso más importante sea la cobertura horaria de las SCH. Ninguna de las SCH de Barcelona abre las veinticuatro horas del día, solo ofrece cobertura en horario diurno. Los usuarios discutían que las drogas se consumen a cualquier hora del día, por lo que se necesita una mayor cobertura horaria, sobre todo en barrios con una fuerte escena de drogas, con el objetivo de cubrir las necesidades de los usuarios y evitar que consuman en espacios insalubres y desprotegidos que comportan daños sociales y para la salud.

La puesta en marcha de las SCH ha revolucionado la intervención en el consumo de las drogas en Barcelona. Atrás queda un modelo de atención basado exclusivamente en la abstinencia, desarrollado durante los años ochenta. Desde los años noventa, con la apuesta de las políticas de reducción de daños y el consecuente desarrollo de los programas de sustitución con opioides, los programas de intercambio de jeringuillas y la prevención de las sobredosis, entre otros, se ha producido un mayor acercamiento a las necesidades (y cobertura de estas) de las personas usuarias de drogas vulnerabilizadas. Con la puesta en marcha de la primera SCH en el barrio de Can Tunis de Barcelona en 2001, el modelo de intervención derivó hacia una aproximación de los tratamientos por uso de drogas con los programas de reducción de daños. El derribo de Can Tunis en 2004 supuso un despliegue de SCH por toda la ciudad de Barcelona y alrededores (Sant Adrià de Besòs y Badalona) y la integración de estas en centros de atención y seguimiento (CAS), que ha supuesto un cambio de óptica de la atención hacia los usuarios de drogas. Las SCH han modificado el trato de los profesionales con los consumidores trabajando desde un principio de realidad, abordando sus necesidades y normalizando el hecho de que muchos quieren seguir consumiendo y otros desean dejar de consumir, pero no pueden. La aceptación del consumo ha supuesto un gran avance, una perspectiva que era impensable en los comienzos de la creación de la red asistencial de drogodependencias.

Las SCH tienen, en su mayoría, un impacto positivo en los usuarios de drogas. En estos dispositivos, los usuarios tienen la oportunidad de reducir riesgos sociales y de salud, escapar de la violencia cotidiana, del estigma y de la violencia estructural por la intervención policial. No obstante, aunque se ponen en evidencia los aspectos positivos de este modelo de intervención, quedan muchos asuntos pendientes relacionados con la co-

bertura de necesidades sociales y de salud. A lo largo de esta investigación se ha evidenciado la necesidad de aumentar el acceso a los tratamientos por consumo de drogas, revitalizar los programas de reducción de daños y desarrollar políticas sociales transversales en la atención del consumo de drogas. En cuanto a los tratamientos, se recomienda agilizar el acceso a los servicios ambulatorios de atención a las drogodependencias. En este sentido, es necesaria una mayor provisión de personal para reducir listas de espera y fortalecer la adherencia a los tratamientos específicos. Del mismo modo, se requiere una mayor diversificación de servicios que sigan planes de cuidados integrales y de atención social específicos para poblaciones más vulnerables, como las mujeres, los jóvenes, los usuarios de tercera edad, los extranjeros y las personas con problemas de salud mental graves.

En relación con los programas de reducción de daños, Barcelona es un referente y una ciudad solvente en cuanto al despliegue de estas políticas. Sin embargo, falta un mayor empuje, por ejemplo, para el desarrollo de programas de prescripción de heroína, tal como han hecho otros países: Suiza, Países Bajos o Canadá. Los tratamientos de sustitución de opioides con metadona, buprenorfina o morfina de liberación lenta han demostrado ser efectivos para disminuir el consumo inyectado y de heroína. Sin embargo, estos tratamientos se administran por vía oral y no parecen ser atractivos para los usuarios que mantienen el ritual de consumo por vía parenteral. Una buena alternativa son los programas de prescripción de heroína. En diversos estudios se ha demostrado que usuarios en tratamiento de heroína rompen los lazos con las redes criminales, mejoran la salud, recuperan vínculos familiares y sociales, y ocupan el tiempo libre con actividades de ocio alejadas de entornos marginales.

En Barcelona las intervenciones han quedado reducidas en exceso al control epidemiológico de los daños producidos por el consumo de drogas. Como resultado, en la actualidad aún es tímido el desarrollo de políticas sociales que den un salto cualitativo respecto a la calidad de vida de la población estudiada. Los usuarios viven en situación de marginalidad. No tienen vivienda, están alejados de las familias, no trabajan, no realizan actividades de ocio y tienen problemas con la ley. Por lo tanto, es necesario un cambio de óptica para intensificar la intervención social. Como hemos podido ver, los usuarios han roto lazos familiares y quizás el daño establecido sea irreparable, pero, en muchos casos, restablecer vínculos es vital en los procesos de recuperación. Por ello, es necesario un

mayor trabajo con las familias y la comunidad para aumentar las garantías en los procesos de salud. Los usuarios en tratamiento tienen dificultades para ocupar el tiempo libre y regular o abandonar el consumo de drogas. En cuanto a las actividades para ocupar el tiempo libre, se propone la creación de más espacios para talleres sociolaborales y lúdicos con profesionales especializados para, así, fomentar la búsqueda de trabajo y actividades de ocio de aquellos que quieran dejar o disminuir el consumo de drogas, además de facilitar espacios para el empoderamiento y la participación social. Una de las cuestiones importantes entre los usuarios es no tener vivienda o el déficit habitacional, el cual empuja a muchos a vivir en la calle. Este hecho conduce a sufrir marginalidad social, que incrementa los problemas de salud y la dificultad de emprender procesos de recuperación positivos. Ante esta situación, es necesario intensificar y promover modelos de intervención progresivos con albergues con una atención específica para usuarios de drogas en activo, o *housing first*, que faciliten el acceso futuro en viviendas permanentes y dignas.

En relación con los problemas con la ley por uso de drogas y los delitos relacionados con las formas de buscarse la vida, se precisan modelos alternativos que reduzcan la criminalización y el encierro de las personas usuarias de drogas en prisión. Es necesario intensificar unas medidas penales alternativas que se adapten a las capacidades de las personas que usan drogas drogas y una regulación más acorde y comprensiva con la realidad de estas personas. Para ello, se recomienda integrar la figura de juristas o afianzar la colaboración con gabinetes para una coordinarse mejor y establecer propuestas de medidas compatibles con los estilos de vida de los usuarios. También nos encontramos gran cantidad de personas extranjeras no comunitarias que no tienen un lugar donde regularizar su situación personal y tienen que vivir en extrema exclusión social. En general, deben buscarse alternativas para dar atención jurídica a los consumidores indocumentados y una regulación y revisión de la ley de extranjería, específicamente en relación con usuarios expulsados, refugiados y otros que, por razones de vulneración de los derechos humanos, no puedan volver a sus países de origen.

Por último, es necesario incorporar la perspectiva de los usuarios de drogas y allegados en el diseño de estrategias de reducción de daños y políticas sociales, y trabajar juntamente con los movimientos sociales para presionar a las Administraciones responsables hacia reformas en las políticas de drogas actuales. El trabajo conjunto debe ir encaminado a promo-

ver la defensa de los derechos de las personas que usan drogas, desarrollar iniciativas de autoayuda, proteger la salud de la sociedad y asesorar, con base en su experiencia, a los responsables territoriales en las políticas sanitarias de drogas. De este modo, es posible dar el paso del modelo asistencialista actual —que, desde una visión patologizante, considera a las personas que usan drogas como incapaces cambiar su estilo de vida— hacia formas de intervención basadas en el compromiso y en el activismo de sus actores principales, que se posicionan en tomar el uso de drogas como un hecho social normalizado, y enfocadas en la desestigmatización y la promoción de derechos.

POST SCRIPTUM EN LA ERA DEL CORONAVIRUS

El 27 de junio de 2016[28] defendí la tesis doctoral y puse fin a casi cinco años de estudio sobre los usuarios de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. Tras saborear durante un tiempo el haber adquirido un nuevo estatus académico como doctor en antropología social y cultural, aterricé de nuevo en el mundo real. Rápido me di cuenta de que mi trabajo no había terminado, sino que más bien comenzaba una nueva responsabilidad. Como me dijo mi director de tesis, Aurelio Díaz: «Ahora toca que alguien agite las ramas para que esto siga dando sus frutos». Tras tomarme un tiempo de reflexión, siguiendo los imperativos académicos, no quedaba otra opción que volver a enfrentarme a la página en blanco para hacer difusión de los resultados de la tesis. Hasta el día de hoy, esa ha sido mi pelea; y el presente libro es el colofón de este cometido.

Durante este tiempo, no he estado confinado en casa como un ermitaño, inmerso en la pantalla del ordenador para redactar cartas de presentación, adjuntando manuscritos y encajando unos cuantos rechazos de publicación hasta dar con la revista interesada. Hasta el día de hoy, he continuado apegado a mi campo de investigación, visitando los barrios por los que pasé y a los amigos y compañeros que hice. Este ejercicio me ha permitido reconectarme y no perder el horizonte en mi producción científica. También me ha ayudado a estar al día de cómo han ido cambiando los mercados de drogas y la provisión de los servicios de atención a personas usuarias de drogas de la ciudad de Barcelona y sus alrededores. Un investigador debe estar atento a nuevas preguntas de investigación o temas de interés. La tesis doctoral no es el final del recorrido. Mientras es-

28 Curiosamente, ese día se impulsó por primera vez la campaña global Support Don’t Punish por la red de personas usuarias de drogas de Cataluña (Catalan Network of People who Use Drugs - CATNPUD), creada el 2 de marzo de 2016. Esta campaña de sensibilización se realiza anualmente y aboga por unas políticas de drogas basadas en la salud y los derechos humanos.

cribo este *epílogo*, espero impaciente a una nueva *llamada de la selva* para continuar el camino en mi labor investigadora.

Hasta hoy ha habido cambios, aunque no puedo decir que sean del todo esperanzadores. Como en otros tiempos, se repiten los mismos baches, todo cae en saco roto o aparecen nuevas situaciones a las que enfrentarse. Hablaré sobre la situación de las personas consumidoras, la reorganización de los servicios sociosanitarios y el impacto de los mercados de drogas en Barcelona. Por otro lado, merece la pena tratar la nueva situación que nos plantea la irrupción del coronavirus. En este sentido, sin adoptar un cariz apocalíptico, reflexionaremos sobre qué nos depara este nuevo horizonte.

En los últimos cinco años, no podemos hablar de un cambio significante en las vidas de los usuarios de drogas. Quizás en las historias personales de cada uno de ellos encontremos procesos de recuperación favorables, otros habrán empeorado y otros se habrán mantenido en las mismas condiciones de vida. En mi caso, he sabido de las personas que conocí durante mi trabajo de campo. En general, mi balance presenta claroscuros: muchos se quedaron por el camino, otros ingresaron en prisión, otros siguen merodeando por los barrios que estudié y, en casos contados, supe que algunos habían mejorado su calidad de vida y que se habían alejado del consumo intenso. De manera general, nada ha cambiado. La criminalización y la estigmatización generada por las políticas prohibicionistas continúan causando estragos y violando los derechos humanos y civiles de las personas que usan drogas. Aunque parece que estas políticas están en retroceso, aún hay camino por recorrer y no debemos reducir el impulso para hacer frente a la lacra generada por el prohibicionismo.

Como punto positivo, en Barcelona ha habido una reorganización de los servicios de atención a personas usuarias de drogas, específicamente de los que disponen de SCH. Se han cambiado ubicaciones y se ha completado la cartera de servicios de algunos CAS, de modo que se ha fortalecido el modelo de CAS integral promovido desde el año 2005.[29] Con

29 En verano de 2016, el CAS Lluís Companys, ubicado en el barrio del Born (Ciutat Vella), completa la cartera de programas de reducción de daños (SCH, calor y café, programa de intercambio de jeringuillas) con el equipo del SAPS, servicio cerrado meses antes con motivo del traslado del CAS Baluard a las instalaciones liberadas. Durante el verano de 2017, el servicio de la unidad móvil de Zona Franca cesa su actividad, dada la baja afluencia de usuarios de drogas al servicio. Posteriormente, en octubre de 2017, el CAS Baluard se traslada a un complejo donde anteriormente operaba el equipo del SAPS y el CUAP de Pere Camps. Con

ello, parece que los equipamientos en los diferentes barrios y distritos han quedado más repartidos para dar seguimiento a los procesos de salud-enfermedad de los usuarios. Si bien no ha habido cambios sustanciales para dar una atención especializada a subpoblaciones con características específicas en situación vulnerable. Quizás, en los últimos años, se haya ampliado considerablemente la atención a personas usuarias de drogas con problemas de salud mental mediante los equipos comunitarios que de gestión de casos. En el caso de las mujeres, también parece haber habido una mayor provisión de servicios para un abordaje especializado con perspectiva de género. Cabe destacar la puesta en marcha, en 2017, de Metzineres, en el barrio del Raval; un espacio exclusivo para mujeres y personas de género disidente, en múltiples situaciones de vulnerabilidad, formado por un equipo transdisciplinar que ofrece actividades terapéuticas, culturales y de ocio, y que impulsa acciones para la reforma de drogas con perspectiva feminista (Roig, 2019). No obstante, para otros colectivos, como las personas extranjeras no comunitarias, las personas sin hogar u otras que viven diferentes situaciones de vulnerabilidad, las respuestas específicas continúan siendo escasas.

En relación con los mercados de drogas en Barcelona, se han apreciado diversos cambios que hay que tener en cuenta. Durante este tiempo, escenas de drogas como la Mina, de Sant Adrià de Besòs, y Sant Roc, en Badalona, se han afianzado y resistido a la intervención policial. En general, los servicios de drogas con SCH han mantenido o aumentado considerablemente su actividad,[30] de modo que en un futuro habrá que reforzar la cartera de servicios, la disponibilidad de espacios de consumo y la cobertura horaria de atención en estos barrios. En el caso del barrio del

---

este traslado, se amplía la oferta de programas de reducción de daños y de tratamientos en el barrio del Raval. En verano de 2017, El Local cambia de ubicación a un nuevo complejo sanitario con una nueva cartera de servicios y espacios más amplios para hacer frente a la insostenible actividad creada por la fuerte afluencia de usuarios al barrio de la Mina.

30 Entre los años 2016 y 2019, el número de consumo en las SCH de la zona de la Mina y Sant Roc ha aumentado considerablemente con respecto al período que realicé mi investigación. El CAS Fòrum en 2016 registraba unos 2200 consumos y, en los años sucesivos, estos han oscilado entre los 4300 y 6300. En El Local se registraban más de 58 000 consumos en 2016, pero pasó a registrar alrededor de los 85 000 anualmente entre 2017 y 2019. En el caso de Sant Roc, en el Espacio de Punción Asistida, se registraron más de 4600 consumos en 2016, debido a una intensificación de la venta de drogas en Badalona relacionada con redadas en la Mina, y más de 2000 consumos anuales en los años sucesivos.

Raval y alrededores, el fenómeno ha sido un tanto diferente. Durante mi investigación, se detectó la presencia de pisos de venta y consumo, mal conocidos como *narcopisos* por los medios de comunicación y la población general, que han aflorado de forma intensa en los últimos años.

En este barrio los vendedores de drogas han sabido adaptarse a las necesidades de los usuarios de drogas. Grupos organizados se han dedicado a ocupar lugares vacíos para llevar a cabo el negocio de las drogas. Ante la presencia policial constante en las calles y la insuficiente capacidad de los servicios de drogas para hacer frente a esta oferta, los vendedores han puesto en marcha espacios de consumo para heroína y cocaína por vía parenteral y pulmonar. Este despliegue de pisos de venta y consumo se ha traducido en un aumento de inseguridad ciudadana, quejas vecinales contra la venta de drogas y diversas intervenciones policiales que han tenido gran impacto en los usuarios de drogas. Como respuesta, la cobertura horaria del CAS Baluard ha ido variando durante estos años. Por ejemplo, en verano de 2018 su actividad pasó de quince horas de atención a veinticuatro horas; y durante la noche se detectó una mayor presencia de mujeres, personas sin hogar y personas que usaban estimulantes (Montero-Moraga, Garrido-Albaina, Barbaglia *et al.*, 2020). Con el tiempo, tras diversas intervenciones policiales y una disminución de pisos de venta y consumo, la actividad del CAS Baluard volvió a su horario anterior. No obstante, su actividad en los últimos años ha ido en aumento,[31] hecho que ha conllevado, en ocasiones, a aumentar la provisión de plazas en la SCH para mitigar el impacto de las intervenciones policiales en los pisos de venta y consumo, que genera una mayor afluencia de personas consumidoras a estos dispositivos.

Por último, hablaremos de la irrupción del covid-19. Desde principios de 2020, hemos asistido a un fuerte cambio en nuestra vida con graves consecuencias sociales y de salud en la población general. El impacto en los consumidores de drogas ha sido aún mayor. De por sí, esta población en proceso de exclusión social, como otras subpoblaciones vulnerables, se encuentra al final de la cola de las oportunidades para seguir avanzando. El estado de alarma, las restricciones de movilidad, el hipercontrol y otros efectos negativos en la gestión del covid-19, junto con los problemas habituales entre los usuarios, han conllevado un replanteamiento en los

31 En 2017, el CAS Baluard registró cerca de 22 000 consumos en la SCH; y pasó a registrar más de 41 000 en 2018 y unos 80 000 en 2019.

modelos de atención a población usuaria de drogas. Durante este tiempo, Barcelona se ha vaciado de turistas, las ofertas de ocio han cerrado, los comercios se han abierto con restricciones y, por momentos, ha parecido como si la vida se hubiera parado. En el caso de los usuarios, los problemas con las drogas no han desaparecido, más bien se han agravado. Las formas de buscarse la vida y de obtener sustancias para liberar el sufrimiento diario se han visto alteradas, disminuidas y, en algunas ocasiones, han desaparecido. En consecuencia, los servicios de salud y de atención social, también con sus restricciones, han colapsados por un aumento de afluencia de usuarios que demandan primeras visitas para el inicio de tratamiento, así como cobertura para hacer frente a necesidades sociales que ya tenían antes del covid-19. Este período ha hecho evidente lo que ya sabíamos. Los usuarios necesitan consumir drogas, necesitan asistencia sanitaria para hacer frente a los problemas de salud asociados al uso de drogas y necesitan atención social para mejorar su calidad de vida. Y, mientras, la criminalización y estigmatización no pone freno ni se apiada de esta población.

Durante este período, han aflorado antiguos debates en la intervención sobre drogas. Entre ellos, la regularización de tratamientos con heroína y el déficit habitacional. En relación con los tratamientos con heroína, no parece haber un interés por parte de la Administración. Durante este tiempo, profesionales, técnicos y usuarios de drogas han vuelto a poner sobre la mesa el debate sobre los programas de prescripción de heroína u otras modalidades de distribución de opioides inyectables.[32] El estado de alarma ha evidenciado que, pese a las restricciones de movilidad y los confinamientos, los usuarios necesitan consumir drogas y muchos no acceden a los tratamientos de sustitución de opioides de que disponemos. Además, el narcotráfico no ha menguado, la criminalización aumenta y los problemas sociales y de salud persisten entre los usuarios de heroína. Queda pendiente intensificar el debate y buscar fórmulas adaptadas a nuestro contexto para dar solución a este reclamo.

En cuanto al segundo tema, el futuro parece más esperanzador. En Barcelona, después de veinte años de reclamo, durante el estado de alarma, en abril de 2020, se puso en marcha un albergue para usuarios de drogas

32 Véase la petición impulsada por CATNPUD para establecer programas de prescripción heroína durante la crisis del covid-19: https://catnpud.org/peticio-2020/ [consultado el 15 de julio de 2021].

sin hogar con una capacidad de setenta camas.[33] Desde este se ha dotado de cobertura habitacional a hombres y mujeres, y se ha garantizado atención social y de salud desde la perspectiva de reducción de daños. Positivamente, este servicio ha continuado dando cobertura a las necesidades de los usuarios en un momento histórico, lleno de incertidumbre, estrés y de alarma social. Esperemos que esto no sea un parche del momento y, en un futuro, la experiencia sirva de ejemplo para revolucionar la intervención sobre drogas en Barcelona y en otras ciudades. Probablemente, el virus se irá o quizás no tenga un impacto tan acentuado como durante este tiempo, pero seguro que será necesario disponer de más albergues u otros modelos para la cobertura habitacional.

En resumen, en un futuro será necesario promover unos programas y dispositivos de reducción de daños más flexibles, que cuenten con la participación de las personas consumidoras drogas, fomentar estrategias para la regulación de drogas sujetas a fiscalización, así como, a integrar más estrechamente este modelo de intervención con políticas sociales, como sería el acceso a la vivienda y los servicios sociales, si queremos continuar avanzado en unas políticas de drogas basadas en los derechos humanos y la evidencia científica

33 Véase <https://abd.ong/drogas-y-salud/abd-gestionara-un-equipamiento-pionero-en-barcelona-para-alojar-a-personas-con-adicciones-a-raiz-de-la-crisis-de-la-covid-19/> [consultado el 15 de julio de 2021].

BIBLIOGRAFÍA

Agència de salut pública de Barcelona (ASPB) (ed.) (2006). *Pla d'acció de drogodependències de Barcelona 2006-08*. Barcelona: ASPB.

Agència de salut pública de Catalunya (ASPCat) (ed.) (2017). *Informe anual 2016. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*. Barcelona: ASPCat.

Aguilar, Francisco; Verdejo, Antonio; López, Ángeles *et al.* (2008). «Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A». *Adicciones,* 20(1):27-36.

Albertín, Pilar (1999). *Consumir heroína: relaciones, significados y vida cotidiana*. Girona: Universitat de Girona.

Álvarez, Luz (2012). «Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1):95-101.

Álvarez, Yolanda y Farré, Magí (2005). «Farmacología de los opioides». *Adicciones*, 17(2):21-40.

Andreo, Lorena; Rogés, Judit; Marco, Chema *et al.* (2013). «Síndrome postconsumo en consumidores de cocaína inyectada a partir de las observaciones realizadas en salas de consumo de diferentes ciudades españolas». *Low Threshold Journal*, 1:13-6.

Anoro, Manel; Ilundain, Enrique y Santisteban, Oscar (2003). «Barcelona's safer injection facility - EVA: A harm reduction program lacking oficial support». *Journal of Drug Issues*, 33(3):689-712.

Anoro, Manel; Bernabeu, Jordi; Ilundain, Enrique; *et al.* (2003). «EVA-Espacio de venopunción asistida: una curiosa experiencia campestre en Barcelona». En Observatorio Vasco de Drogodependencias (ed.), *Drogas: Exclusión o Integración Social. II Conferencia de Consenso sobre la Reducción de Riesgos relacionados con las Drogas*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones, pp. 280-286.

Apud, Ismael y Romaní, Oriol (2016). «La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia». *Health and Addictions/ Salud y drogas*, 16(2):115-125.

Arostegi, Elisabete y Pérez, Tatiana (2012). *Impacto sociocomunitario de la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao*. Bilbao: Munduko Medikuak.

Banjo, Oluwajenyo; Tzemis, Despina; Al-Qutub, Diana *et al.* (2014). «A quantitative and qualitative evaluation of the British Columbia Take Home Naloxone program». *CMAJ Open*, 2(3):E153–E161.

Bañuls, Enric; Clua, Rafael; Imbernón, Miriam *et al.* (2019). «Substance use characteristics, health risk practices and associated factors among people imprisoned in Catalonia: a cross-sectional study». *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(2):80-87.

Bardwell, Geoff; Strike, Carol; Altenberg, Jason *et al.* (2019). «Implementation contexts and the impact of policing on access to supervised consumption services in Toronto, Canada: a qualitative comparative analysis». *Harm Reduction Journal*, 16:30.

Bengtsson, Mariette (2016). «How to plan and perform a qualitative study using content analysis». *NursingPlus Open*, 2:8-14.

Bertaux, Daniel (1993). «De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica». En José Miguel Marinas y Cristina Santamarina (eds.) *La historia oral: métodos y experiencias*. Madrid: Debate, pp. 19-34.

Bewley-Taylor, David y Jelsma, Martin (2011). *Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica*. Amsterdam: Transnational Institute.

Bird, Sheila M.; McAuley, Andrew; Perry, Samantha *et al.* (2016). «Effectiveness of Scotland's national naloxone programme for reducing opioid-related deaths: a before (2006-10) versus after (2011-13) comparison». *Addiction*, 111(5):883-991.

Borràs, Tre; Carbonell, José; De Andrés, Miguel *et al.* (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: CREFAT.

Bourdieu, Pierre (1988[1970]). *La Distinción: criterios y bases sociales del gusto.* Madrid: Taurus.

Bourgois, Philippe (2002). «Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue». *International Journal of Drug Policy*, 13(4):259-269.

Boyd, Jade; Lavalley, Jennifer; Czechaczek, Sandra *et al.* (2020). «"Bed Bugs and Beyond": An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site». *International Journal of Drug Policy*, 78:102733.

Bravo, María José; Royuela, Luis; De La Fuente, Luis *et al.* (2009). «Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors». *Addiction*, 104(4):614-619.

Brugal, María Teresa (2005). *Morbi-mortalidad asociada al consumo de heroína*. Tesis Doctoral. Barcelona: Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia i Medecina Preventiva. Universitat Autònoma de Barcelona.

Brugal, María Teresa; Espelt, Albert y Guitart, Anna (reds.) (2009). *Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-12*. Barcelona: ASPB.

Butler, Judith (2007 [1999]). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Carter, Nancy; Bryant-Lukosius, Denise; Dicenso, Alba *et al.* (2014). «The use of triangulation in qualitative research». *Oncology Nursing Forum*, 41(5):545-547.

Clua, Rafael (2011). «A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida». *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4):463-475.

Clua, Rafael (2015). «Salas de consumo higiénico en España (2000 – 2013)». *Salud Colectiva*, 11(2):261-282.

Clua, Rafael (2016). *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona*. Tesis Doctoral en antropología social y cultural. Departament d´Antropologia Social i Cultural de la UAB.

Clua, Rafael (2018). «Estilos de vida de los usuarios de las salas de consumo higiénico de Barcelona». *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2):79-89.

Clua, Rafael (2020a). «La gestión de placeres y daños: estudio etnográfico sobre el consumo de drogas en vía pública, viviendas y salas de consumo higiénico». *Salud Colectiva*, 16:e2481.

Clua, Rafael (2020b). «Aportes del método etnográfico para el diagnóstico de salud de usuarios de drogas adscritos a programas de reducción de daños». *Índex de Enfermería*, 29(3):e12761.

Clua, Rafael (2021a). «Razones de las prácticas de riesgo en usuarios de drogas por vía parenteral de programas de reducción de daños en Barcelona». *Revista Española de Drogodependencias*, 46(1):75-89.

Clua, Rafael (2021b). «Cuidados de enfermería y promoción de la salud en las salas de consumo higiénico». *Cultura de los cuidados. Revista de Humanidades y Enfermería*, 25(60):193-211.

Clua, Rafael; Tenza, Gastón y Mingueza, Julio (2015). *Guia de bones pràctiques en els programes d´intercanvi de xeringues*. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

Clua, Rafael y Dumont, Guillaume (2022). «From the street to the drug consumption room. Injected drug use across consumption environments». *Ethnography*, doi: 10.1177/14661381221113416

Colom, Joan; Casas, Miguel; Pérez de los Cobos, José *et al.* (2012). «Feasibility of double-blind clinical trials with oral diacetylmorphine: A randomized controlled phase II study in an inpatient setting». *European Addiction Research*, 18:279-287.

Comelles, José María (1997). «De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques». *Revista d'etnologia de Catalunya*, 11:32-43.

Comelles, José María (2004). «El Regreso de lo cultural: Diversidad cultural y práctica médica en el s. xxi». En Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e interculturalismo en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-yala, pp. 17-30.

Corbetta, Piergiorgio (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw Hill.

Curtó, Ferran (2011). *La gestió d´una iniciativa resistida: el cas de la Sala de venipunció a l´hospital de la Vall d´Hebron*. Barcelona: ESADE.

Daigre, Constanza; Comín, Marina; Rodríguez-Cintas, Laia *et al.* (2010). «Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias». *Gaceta Sanitaria*, 24(6):446-452.

Danet, Alina; March, Joan Carles; y Romero, Manuel (2012). «Los programas experimentales con heroína en la atención de la población drogodependiente». *Salud y drogas,* 12(1):19-34.

De Andrés, Miguel y Hernández, Teresa (1998). *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas.* Madrid: CREFAT.

De la Fuente, Luis; Brugal, María Teresa; DomingO-Salvany, Antonia *et al.* (2006). «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una

amarga historia con algunos consejos para el futuro». *Revista Española de Salud Pública*, 80(5):505-520.

Delàs, Jordi; Priore, Ana Giselle; Pigem, Anna *et al.* (2008). «Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada». *Medicina Clínica*, 130:35.

Delàs, Jordi; Adán, Elena; Díaz, Olga *et al.* (2010). «Smoked cocaine in socially-depressed areas». *Harm Reduction Journal*, 7:27.

Díaz, Aurelio (1998). *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca*. Barcelona: UAB.

Díaz, Aurelio; Barruti, Mila y Doncel, Concha (1992). *Les línies de l'èxit? Estudi sobre la naturalesa i l'extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Dietze, Paul; Winter, Rebecca; Pedrana, Alisa *et al.* (2012). «Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin». *International Journal of Drug Policy*, 23(4):257-60.

Douglas, Mary (2007 [1966]). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Duff, Cameron (2008). «The pleasure in context». *International Journal of Drug Policy*, 19(5):384-392.

Dumont, Guillaume y Clua, Rafael (2015). «Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida». *Aposta: Revista de ciencias sociales*, 66:83-99.

Duncan, Tristan; DUFF, Cameron; Sebar, Bernadette *et al.* (2017). «"Enjoying the kick": locating pleasure within the drug consumption room». *International Journal of Drug Policy*, 49:92-101.

Duncan, Tristan; Sebar, Bernadette; Lee, Jessica *et al.* (2019). «Mapping the spatial and affective composition of care in a drug consumption room in Germany». *Social & Cultural Geography*, 22(5):627-646.

Duncan, Tristan; Sebar, Bernadette; Lee, Jessica *et al.* (2020). «Atmospheres of engagement within a German drug consumption room». *Social Science & Medicine*, 253:112922.

Espelt, Albert; Villalbí, Joan R.; Bosque-Prous, Marina *et al.* (2017). «The impact of harm reduction programs and police interventions on the number of syringes collected from public spaces. A time series analysis in Barcelona, 2004-2014». *International Journal of Drug Policy*, 50:11-18.

Esteban, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Fairbairn, Nadia; Small, Will; Shannon, K. *et al.* (2008). «Seeking refuge fromviolence in street-based drug scenes: women's experiences in North America's first supervised injection facility». *Social Science & Medicine*, 67:817–823.

Farci, Tania y Kistmacher, Rosa (2013). «Profilo degli utenti italiani nel centro di riduziones del danno SAPS Creu Roja di Barcellona». *Low Threshold Journal*, 1:21-28.

Feixa, Carles (2006). «La imaginación autobiográfica». *Periferia. Revista de Investigación y Formación en Antropología*, 5. 44 pp.

Fernandes, Luis (2000). «Los "territorios urbanos" de las drogas». En Grup Igia (ed.) *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia, pp. 53-60.

Fernandes, Ricardo M.; Cary, Maria; Duarte, Gonçalo *et al.* (2017). «Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs - An overview of systematic reviews». *BMC Public Health*, 17(1):309.

Fernandes Miranda, Juan José (2005). «Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona». *Adicciones*, 17(Supl. 2):167-180.

Fernandes Miranda, Juan José y Pereiro, César (2007). *Guía para el tratamiento de la dependencia a opiáceos*. Valencia: Sociodrogalcohol.

Ferrarotti, Franco (2007). «Las historias de vida como método». *Convergencia: Revista de ciencias sociales*, 44:15-40.

Folch, Cinta; Casabona, Jordi; Brugal, María Teresa *et al.* (2012). «Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña». *Gaceta Sanitaria*, 26(1):37-44.

Folch, Cinta; Lorente, Nicolás; Majó, Xavier *et al.* (2018). «Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits». *International Journal of Drug Policy*, 62:24-29.

Fornons, David (2009). *Prisión y drogas: doble condena*. Barcelona: de-París.

Fuertes, Ricardo; Kistmacher, Rosa y Díaz, Olga (2008). «Além da injecçao: Estratégias de intervençao com toxicodependentes a partir das Salas de consumo». 2.ª Conferencia Latina Virtual de Reducción de Daños.

Funes, Jaime y Romaní, Oriol (1985). *Dejar la heroína: vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Cruz Roja Española, Dirección General de Acción Social.

Gamella, Juan F. (1990). *La historia de Julián: memorias de heroína y delincuencia*. Madrid: Popular.

Gamella, Juan F. (1997). «Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas». *Claves de razón práctica*, 72:20-30.

Gamella, Juan F. y Álvarez, Arturo (1999). *Las rutas del éxtasis: drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.

Goffman, Erving (1979 [1971]). *Relaciones en público: microestudios del orden público.* Madrid: Alianza.

Goffman, Erving (1993 [1959]). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, Erving (1994 [1961]). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos aires: Amorrortu.

González, Carlos; Funes, Jaume; González, Sergi *et al.* (1989). *Repensar las drogas. Hipótesis de la influencia de una política liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*. Barcelona: Grup Igia.

González Morandi, José y Toledo, Paco (2007). *Can Tunis*. Barcelona: Didac Films. 84 min.

Grup Igia (ed.) (2000). *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia.

Grup Igia y colaboradores (eds.). (2000). *Contextos, sujetos y drogas; un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona y FAD.

Guasch, Óscar (1992). «Riesgo y cultura. Determinantes culturales en la definición médica de los grupos de riesgo ante el SIDA». *Quaderns d´Antropologia*, Monogràfic Antropologia de la medicina, 55-60.

Guber, Rosana (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Haro, Jesús A. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles (coords.) *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 101-161.

Haro, Jesús A. (2013). «El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación». En Oriol Roma-

ní (ed.) *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV, pp. 21-42.

Hedrich, Dagmar; Kerr, Thomas, y Dubois-Arber, Françoise (2010). «Drug consumption facilities in Europe and beyond». En Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds.) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, pp. 305-331.

Hidalgo, Eduardo (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.

Hofmann, Bjørn. (2002). «On the triad disease, illness and sickness». *The Journal of medicine and philosophy*, 27(6):651-673.

Hope, Vivian D.; Scott, Jenny; Cullen, Katelyn J. *et al.* (2015). «Going into the groin: Injection into the femoral vein among people who inject drugs in three urban areas of England». *Drug and alcohol dependence*, 152:239–245.

Hope, Vivian D.; Iversen, Jenny; Cullen, Katelyn J. *et al.* (2017). «Injection into the jugular vein among people who inject drugs in the United Kingdom: Prevalence, associated factors and harms». *International Journal of Drug Policy*, 46:28-33.

Hungerbuehler, Ines; Buecheli, Alexander y Schaub, Michael (2011). «Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use - evaluation of Zurich's drug checking services». *Harm Reduction Journal*, 8:16.

Iannello, Davide; Delás, Jordi; Aguas, Margarita *et al.* (2012). «La bolsa de las drogas». *Gaceta Sanitaria*, 26(3):288.

Ilundain, Enrique (2004). «Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma?». *Humanitas: Humanidades Médicas*, 5:105-118.

Ilundain, Enrique y Markez, Iñaki (2005). «Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas». *Adicciones*, 17(Supl. 2):287-297.

Iraurgi, Ioseba (2009). «Reducción de daños y riesgos: lecciones aprendidas y retos futuros». En María Teresa Laespada e Ioseba Iraurgi (eds.) *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*. Bilbao: Instituto Deusto de drogodependencias, pp. 183-223.

Jones, Lisa; Pickering, Lucy; Sumnall, Harry *et al.* (2008). *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.

Jozaghi, Ehsan y Andresen, Martin M. (2013). «Should North America's first and only super-vised injection facility (InSite) be expanded in British Columbia, Canada?». *Harm Reduction Journal*, 10:1.

Kappel, Nanna; Toth, Eva; Tegner, Jette *et al.* (2016). «A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs». *Harm reduction journal*, 13:20.

Kennedy, Mary Clare; Karamouzian, Mohammad y Kerr, Thomas (2017). «Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review». *Current HIV/AIDS reports*, 14(5):161-183.

Kerman, Nick; Manoni-Millara, Stephanie; Cormier, Luc *et al.* (2020). «"It's not just injecting drugs": supervised consumption sites and the social determinants of health». *Drug and Alcohol Dependence*, 213:108078.

Kimber, Jo y Dolan, Kate (2007). «Shooting gallery operation in the context of establishinga Medically Supervised Injecting Center: Sydney, Australia». *Journal of Urban Health*, 84(2):255-266.

Kimber, Jo; Palmateer, Norah; Hutchinson, Sharon *et al.* (2010). «Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness». En Tim Rhodes y Dagmar Hedrich (eds.) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: EMCDDA, pp. 115-63.

Kleinman, Arthur (1978). «Concepts and Model for the comparison of medical systems as a cultural model». *Social science & medicine*, 12(2b):85-93.

Krüsi, Aandrea; Small, Will; Wood, Evan *et al.* (2009). «An integrated supervised injecting program within a care facility for HIV-positive individuals: a qualitative evaluation». *AIDS Care*, 21:638-644.

Kwon, Jisoo A.; Anderson, Jonathan; Kerr, Cliff C. *et al.* (2012). «Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia». *AIDS*, 26:2201-2210.

Lago, Anna y Henar, Esther (2012). «Sala de consumo de drogas ilegales por vía fumada inhalada». *XXXIX Jornadas nacionales de Socidrogalcohol. 28-31 de marzo de 2012*. Tarragona: Socidrogalcohol.

Leonard, Lynne; Derubeis, Emily; Pelude, Linda *et al.* (2008). «"I inject less as I have easier access to pipes": injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed». *International Journal Drug Policy*, 19(3):255-64.

Lines, Rick; Jürgens, Ralf; Betteridge, Glenn *et al.* (2006 [2004]). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internacionales*. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida.

Llopis, Juan José (2001). «Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína». *Adicciones*, 13(Supl. 2):147-165.

Llort, Antoniu (2013). «La organización de los usuarios: La reducción de riesgos en el ámbito de la exclusión social». En David P. Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio; pp. 195-208.

Llort, Antoniu (2019). *El pájaro está en el nido: Cocaína, cultura y salud, una etnografía del consumo de cocaína en Reus*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.

Llort, Antoni (2022). *Polítiques i programes de reducció de danys i riscos (PRDR): Una qüestió de salut pública i drets humans*. Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya

Llort, Antoniu y Borràs, Tre (eds.) (2013). *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

Llort, Antoniu y Clua, Rafael (2021). «Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas. Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos». *Salud Colectiva*, 17:e3041.

Magrí, Núria (1997). «Las drogas un problema social y sanitario. Epistemología y praxis». En Xabier Arana e Iñaki Márkez (coords.) *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson, pp. 215-228.

Majó, Xavier; Ilundain, Enrique y Valverde, Clara (2009). *Manual per educar en prevenció i assitència a les sobredosis. Adreçat als professionals de les drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública.

Malchy, Leslie A.; Bungay, Vicky; Johnson, Joy L. *et al.* (2011). «Do crack smoking practices change with the introduction of safer crack kits?». *Canadian journal of public health*, 102(3):188-192.

Manzanera, Rafael; Torralba, Lluís; Brugal, María Teresa *et al.* (2000). «Afrontar los estragos de la heroína: evaluación de diez años de un programa integral en Barcelona». *Gaceta Sanitaria*, 14(1):58-66.

Marcus, George E. (1995). «Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography». *Annual Review of Anthropology*, 24:95-117.

Marset, Miguel (2005). «Programas de prescripción de heroína». *Adicciones*, 17(supl.2):235-256.

Martínez Oró, David P. (2015). *Sin pasarse de la raya. La normalización de los consumos de drogas*. Barcelona: Bellaterra.

Martínez Oró, David P. y Pallarés, Joan (2013). «Riesgos, daños y placeres». En David P. Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 23-36.

Martínez, Beatriz; Donat, Lucas; Soler, Enrique *et al.* (2007). «Buprenorfina-naloxona en el tratamiento de la dependencia a opiáceos». *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2):149-161.

McNeil, Ryan y Small, Will (2014). «'Safer environment interventions': a qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs». *Social science & medicine*, *106*:151–158.

McNeil, Ryan; Small, Will; Lampkin, Hugh *et al.* (2014). «"People knew they could come here to get help": an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting». *AIDS and behavior*, *18*(3):473-485.

Menéndez, Eduardo L. (1997). «Antropología médica: espacios propios, campos de nadie». *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 51:83-103.

Menéndez, Eduardo L. (1998). «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos*, 16(46):37-67.

Menéndez, Eduardo L. (2005a). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud colectiva,* 1(1):9-32.

Menéndez, Eduardo L. (2005b). «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos». *Revista de antropología social*, 14:33-69.

Menéndez, Eduardo L. (2008). «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y sociedad*, 20(extra 2):5-50.

Ministerio de sanidad y política social (MSPS) (eds.) (2009). *Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las comunidades autónomas. Año 2008*. Madrid: MSPS.

Montero-Moraga, Jose María; Garrido-Albaina, Amaia; Barbaglia, Gabriela *et al.* (2020). «Impact of 24-hour schedule of a drug consumption room on service use and number of non-fatal overdoses.

A quasiexperimental study in Barcelona». *International Journal of Drug Policy*, 81:102772.

Muñoz, Nora E. (2009). «Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud». *Salud Colectiva*, 5(3):391-401.

Nosyk, Bohdan; Guh, Daphne P.; Bansback, Nicholas J. *et al.* (2012). «Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment». *Canadian Medical Association Journal*, 184(6):E317–E328.

O´Hare, Pat (1995). «Introducción: Apuntes sobre el concepto de reducción de daños». En Pat O´Hare, Rusell Newcombre, Anthony Matthews *et al.* (eds.). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia, pp. 17-22.

Ochoa, Enriqueta y Madoz-Gúrpide, Agustín (2005) «Situación actual de los programas con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Revisión de su efectividad». *Adicciones*, 17(2):223-234.

Pallarés, Joan (1996 [1995]). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína y los yonquis*. Lleida: Milenio.

Pallarés, Joan y Díaz, Aurelio (2003). «Observatorio de nuevos consumos. Drogas en el ámbito juvenil». *Estudios sobre Juventud*, 18:40-53.

Parés, Òscar y Bouso, José C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. New York: Fundaciones Open Society.

Parés-Badell, Oleguer; Barbaglia, Gabriela; Robinowitz, Natanya *et al.* (2020). «Integration of harm reduction and treatment into care centres for substance use: The Barcelona model». *International Journal of Drug Policy*, 76:102614.

Piña, Carlos (1988). «La construcción del 'sí mismo' en el relato autobiográfico». *Revista Paraguaya de Sociología,* 71:135-176.

Pizza, Giovanni (2005). «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, 'capacidad de actuar' (agency) y transformaciones de la persona». *Revista de Antropología Social*, 14:15-32.

Pizzey, Rachael y Hunt, Neil (2008). «Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation». *Harm Reduction Journal*, 5:24.

Potier, Chloé; Laprévote, Vincent; Dubois-Arber, Françoise *et al.* (2014). «Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review». *Drug & Alcohol Dependence*, 145:48-68.

Prat, Joan (coord.) (2004). *"I… això és la meva vida", Relats biogràfics i societat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Temes d'Etnologia de Catalunya, n.º 9.

Pujadas, Juan J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS.

Pujadas, Juan J. (2000). «El método biográfico y los géneros de la memoria». *Revista de Antropología Social*, 9:127-158.

Ramírez, Susana (2009). «La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí». *Salud colectiva*, 5(1):63-85.

Rance, Jake y Fraser, Suzanne (2011). «Accidental Intimacy: Transformative Emotion and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre». *Contemporary Drug Problems*, 38(1):121-145.

Rhodes, Tim (2009). «Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach». *International Journal of Drug Policy,* 20(3):193-201.

Rhodes, Tim, Singer, Merrill; Bourgois, Philippe *et al.* (2005). «Social structural production of HIV among injection drug users». *Social Science & Medicine*, 61(5):1026-1044.

Roig, Aura (2019). «Metzineres: cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias». [Internet]. Wola; 15 dic 2019 [consultado el 24 junio de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y697sgf7>

Romaní, Oriol (1997). «Etnografía y drogas: discursos y práctica». *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, 52-53:39-66.

Romaní, Oriol (2004 [1999]). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Romaní, Oriol (2008). «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño». *Salud colectiva*, 4(3):301-318.

Romaní, Oriol (2010a). «La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias». En Jesús A. Haro (coord.) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar, pp. 89- 113.

Romaní, Oriol (2010b). «Adicciones, drogodependencias y 'problema de la droga' en España: la construcción de un problema social». *Cuicuilco*, 17(49):83-101.

Romaní, Oriol (2015 [1983]), *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Barcelona: Libros de Itaca.

Romaní, Oriol (2017). «La experiencia de Grup Igia: etnografía, educación para la salud, comunicación (1984-2014)». En Josep M. Comelles y Eduardo Perdiguero-Gil (coords.) *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*; pp. 139-157.

Romaní, Oriol; Espinal, Núria y Rovira, Juan M. (1989). *Presa de contacte amb els drogodependents d'alt rics. (PCDAR)*. Barcelona: Institut Municipal de Salut.

Romaní, Oriol; Pallarés, Juan y Díaz, Aurelio (2001). «¿Dependencia o estilo de vida?: la vida de un grupo de heroinómanos catalanes de los 80». *Trabajo social y salud*, 39:205-216.

Romero, Manuel; Oviedo-Joekes, Eugenia; March, Joan C. *et al.* (2005). «Programas de jeringuillas». *Adicciones*, 17(supl.2):257-275.

Romo, Nuria; Poo, Mónica; Ballesta, Rosario *et al.* (2009). «From illegal poison to legal medicine: a qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain». *Drug and alcohol review*, *28*(2):186–195.

Roncero, Carlos; Martínez-Luna, Nieves; Daigre, Constanza *et al.* (2013). «Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program». *Substance Abuse,* 34(2):118-21.

Rovira, Josep e Ibáñez, Víctor (2002). «Testeo y análisis de sustancias como práctica para una reducción de riesgos». *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 16:61-76.

Rovira, Josep; Cortés, Ernesto; Vidal, Claudio *et al.* (coords.) (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y Buenas Prácticas*. Madrid: RIOD.

Sánchez, Xavier (2001). «La experiencia de AUPA'M». En GRUP IGIA (ed.) *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*. Barcelona: Grup Igia, pp. 439-444.

Sepúlveda, Mauricio; Báez, Francisco y Montenegro, Marisela (2009). *No en la puerta de mi casa. Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Barcelona: Grup Igia.

Sepúlveda, Mauricio y Romaní, Oriol (2013). «Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo». En David P. Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 89-102.

Shaghaghi, Abdolreza; Bhopal, Raj S. y Sheikh, Aziz (2011). «Approaches to recruiting hardto-reach populations into research: a review of the literature». *Health Promotion Perspectives*, 1(2):86-94.

Small, Will; Ainsworth, Liz; Wood, Evan *et al.* (2011). «IDU perspectives on the design and operation of North America's first medically supervised injection facility». *Substance use & misuse*, 46(5):561-568.

Small, Will; Shoveller, Jean; Moore, David *et al.* (2011). «Injection drug users' access to a supervised injection facility in Vancouver, Canada: the influence of operating policies and local drug culture». *Qualitative health research*, 21(6):743-756.

Small, Will; Moore, David; Shoveller, Jean *et al.* (2012). «Perceptions of riskand safety within injection settings: injection drug users' reasons for attend-ing a supervised injecting facility in Vancouver, Canada». *Health, Risk & Society*, 14(4):307-324.

Sontag, Susan (2005[1977,1988]). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Santillana

Szczepanski, Jan (1978). «El método biográfico». *Paper*s, 10:229-256.

Torrens, Marta y Fonseca, Francina (2009). «La eficacia de los tratamientos sustitutivos con opioides. Revisión de la evidencia científica». En Joan Colom y Pilar Duro (eds.) *Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Subdirección General de Drogodependencias, Dirección General de Salud Pública, pp. 27-36.

Torrents, Oriol (2006). «Perfil psicológico de sujetos toxicómanos en activo, usuarios de un programa de reducción de daños». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1):24-33.

Trujols, Joan (2016). *Aproximacions a la perspectiva de la persona en tractament de manteniment amb metadona: millora percebuda i satisfacció amb el tractament com a indicadors, i participació en el desenvolupament dels instruments de mesura com a eina*. Tesi doctoral no publicada. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Usó, Juan Carlos (1996). *Drogas y cultura de masas (España 1855 – 1995)*. Madrid: Taurus.

Vallés, Miguel S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS.

Veal, Anthony J. (2000). *Leisure and lifestyle. A review and annotated bibliography*. Sydney: School of Leisure, Sport & Tourism, University of Technology.

Vecino, Carmen; Villalbí, Joan R.; Guitart, Anna *et al.* (2013). «Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas: Evaluación mediante el recuen-

to de las jeringas abandonadas en el espacio público». *Adicciones,* 25(4):333-338.

Ventura, Mireia; Fornís, Iván y Blanc, Eloi (2013). «Análisis de sustancias: una vida mejor gracias a la química». En David P. Martínez Oró y Joan Pallarés (eds.) *De riesgos y placeres: manual para entender las drogas*. Lleida: Milenio, pp. 251-261.

Vidal, Claudio; Fornís, Iván y Ventura, Mireia (2014). «New psychoactive substances as adulterants of controlled drugs. A worrying phenomenon?». *Drug Testing and Analysis*, 6(7-8):819-824.

Wacquant, Loïc (2006 [2000]). *Entre las cuerdas. Cuadernos de un aprendiz de boxeador*. Buenos Aires: Siglo XXI.

WHO, UNAIDS, UNODC (eds.) (2007). *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva: WHO Publications.

SOBRE EL AUTOR

Rafael Clua García (Barcelona, 1980). Doctor en antropología social y cultural. Enfermero especialista en salud mental. Profesor asociado de la Facultad de Ciències de la Salut de Manresa (Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya). Colaborador docente en diversas universidades (Universitat de Barcelona, Ramon Llull y Pompeu Fabra). Desde 2002 trabaja como enfermero en servicios de atención a personas consumidoras de drogas de Barcelona.

Antropologia Mèdica

Este libro presenta una investigación etnográfica sobre las personas consumidoras de drogas que acuden a las salas de consumo higiénico (SCH) de Barcelona. En este texto, guiado por la antropología médica y el método biográfico, se analizan los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas usuarias de las SCH y la cotidianidad en estos dispositivos. Este análisis contribuye a trazar propuestas para mejorar las políticas sociales y de reducción de daños dirigidas a la población estudiada.

MARC
MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

[publicacions] urv